Teoria do Vínculo

Enrique Pichon-Rivière

Martins Fontes

16:09

Índice

1. Considerações gerais sobre o vínculo

Para poder atuar do ponto de vista da higiene mental devemos conhecer com exatidão que tipo de ansiedade afeta o grupo social que estamos investigando em relação à loucura. Enquanto não soubermos quais são as fantasias básicas que esse grupo possui sobre a loucura, não poderemos atuar do ponto de vista higiênico e, menos ainda, do ponto de vista profilático.

Cada paciente descreve sua enfermidade através de sua própria experiência, e o psiquiatra, por meio dessa informação, constrói uma determinada hipótese sobre a patogenia. Por exemplo, poderá atribuir a origem de uma doença mental a determinadas situações familiares. Mas, na medida em que o psiquiatra não tenha métodos de verificação e confrontação que configurem a estrutura de uma investigação científica, ficará sempre dando voltas em torno das mesmas coisas.

Compreende-se, assim, que a psicanálise, embora sendo o método com maiores possibilidades de investigação profunda, tenha contribuído tão pouco para o desenvolvimento de uma psiquiatria social, por lhe faltar a verifica-

ção e a confrontação necessárias, que, justamente, só um trabalho social lhe pode proporcionar. A psiquiatria, neste momento, vem sendo ensinada em seus dois aspectos. É impossível realizar um trabalho profundo excluindo o método psicanalítico, bem como é impossível que esse método tenha uma operacionalidade científica definida se não for permanentemente verificado e confrontado com um trabalho social paralelo.

Um instituto de psiquiatria bem organizado precisa de um departamento de pesquisa social. A investigação que se queira fazer de uma situação de tensão particular, qualquer que seja, precisa ser realizada dentro do contexto social em que as coisas acontecem, isto é, do lado de fora. Em breve elas acontecerão no consultório, na medida em que o paciente repetir, na situação transferencial, os seus conflitos de fora. Para construir uma teoria da enfermidade psíquica necessitamos da referência permanente do homem em seu contexto real e exterior.

Existem três dimensões de investigação – a investigação do indivíduo, a do grupo e a da instituição ou sociedade –, permitindo três tipos de análise – a psicossocial, que parte do indivíduo para fora; a sociodinâmica, que analisa o grupo como estrutura; e a institucional, que toma todo um grupo, toda uma instituição ou todo um país como objeto de investigação. Não existe uma separação clara entre os campos de investigação psicossocial, sociodinâmica e institucional: são campos que vão se integrando sucessivamente. Uma psiquiatria concebida a partir das relações interpessoais, da relação do indivíduo com o grupo e/ou com a sociedade, nos dará dados para construir uma psiquiatria que podemos denominar Psiquiatria do Vínculo, quer dizer, a psiquiatria das relações interpessoais. Uma psiquiatria

concebida desse modo é uma psiquiatria dinâmica construída com os postulados da psicanálise. Historicamente, podemos dizer que o último passo da psicanálise foi o estudo das relações de objeto. Isso nos leva a tomar como material de trabalho e observação permanente a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento, que chamamos vínculo. Vamos, então, estudar a patologia do vínculo.

Partiremos do vínculo que podemos denominar normal, até chegar às alterações do vínculo, que podemos chamar patológico. O vínculo paranóico caracteriza-se pela desconfiança, pela exigência que o sujeito experimenta em relação aos outros. O vínculo depressivo caracteriza-se por estar permanentemente carregado de culpa e expiação, enquanto que o vínculo obsessivo se relaciona com o controle e a ordem. O vínculo hipocondríaco é aquele que o indivíduo estabelece com os outros através de seu corpo, da saúde e da queixa. O vínculo histérico é o vínculo da representação, sendo sua principal característica a plasticidade e a dramaticidade. Por trás da representação expressa-se uma fantasia que está atuando por baixo. Isto é, o paciente está querendo dizer alguma coisa, está representando alguma coisa com a sintomatologia.

Na histeria de angústia, o vínculo se caracteriza pelo medo, o medo de tudo, que em certo momento se localiza em um determinado lugar. Na fobia, o medo pode ser a fobia do interior (claustrofobia) ou a do exterior (agorafobia). Todas as outras fobias derivam dessas duas. Porém, esta característica da angústia diante do vínculo, cuja ansiedade é, no fundo, a desconfiança, não aparece fenomenologicamente como tal, mas como medo. Caracteriza-se pelo fato

de configurar, em determinados momentos, diferentes tipos de histeria.

Na histeria de conversão, a expressão de determinadas fantasias se realiza através do corpo, com a linguagem do corpo. Isso significa que através de uma sintomatologia qualquer ou de um ataque histérico, assim como através dos órgãos e/ou de suas funções, podem ser expressos determinados conteúdos ou fantasias inconscientes. Na neurose obsessiva o vínculo se caracteriza pelo controle do Alter Ego ou do outro e por um dar voltas em torno do objeto, com uma vigilância particular cuja desconfiança não se vê, como também não se vê a ansiedade paranóide, que está encoberta por um girar em torno e um controle permanente através de uma conduta de rituais particulares. Na psicose, o vínculo paranóide, o vínculo depressivo e o vínculo maníaco também se caracterizam por serem vínculos de controle, semelhantes ao da neurose obsessiva, embora muito mais rápidos quanto à velocidade e mais operantes quanto à paralisação do objeto. O aumento da ansiedade experimentada pelo psicótico determina a necessidade de um controle maior do outro. Na esquizofrenia, todos esses tipos de vínculos podem aparecer juntos, alternadamente ou com predominância de um deles, mas com uma característica adicional.

O vínculo paranóide, o obsessivo, inclusive o histérico, o hipocondríaco, o maníaco, etc., podem aparecer, mas com um elemento que se soma, e qualifica as situações de isolamento do objeto com uma tomada de distância e o exercício desse vínculo de controle ou de desconfiança a certa distância. Quer dizer, o autismo está colocado no centro do vínculo esquizofrênico e do isolamento da realidade. Podemos dizer a mesma coisa de cada uma das personalidades psicopáticas que correspondem a cada psicose.

Nos quadros confusionais, o vinculo é um vínculo noturno e, na realidade, confusional, porque se trata de um sujeito que tenta estabelecer um vinculo com um objeto, mas que tem dificuldade de chegar a ele, uma vez que está absorvido pela atividade da noite, pela atividade do sono. Quando consegue estabelecer um vinculo externo durante um quadro confusional, este adquire características de delírio, dando lugar aos quadros oníricos da confusão mental.

Nas perversões encontramos vários tipos de vínculos. Em termos muito gerais podemos dizer que a perversão, seja qual for sua natureza, é uma tentativa de resolução de determinadas ansiedades através de mecanismos perversos. Tomemos, por exemplo, a homossexualidade. Uma das suas principais funções é estabelecer um vínculo particular com um objeto que, primitivamente, foi persecutor. A finalidade do vinculo homossexual é a conquista desse perseguidor mediante uma técnica de apaziguamento e controle.

Em nenhum paciente se apresenta um tipo único de vínculo: todas as relações de objeto e todas as relações estabelecidas com o mundo são mistas. Existe uma divisão que é mais ou menos universal, no sentido de que por um lado se estabelecem relações de um tipo, e por outro, de um tipo diverso. O grupo social em que esse sujeito está atuando adquire uma dupla significação. Pode estabelecer, por um lado, um vínculo paranóico, e, por outro, um vínculo normal, ou ainda um vínculo tendente à depressão, à hipocondria, etc. Quer dizer que, se juntarmos os diferentes tipos de relações que esse paciente estabelece com seu grupo familiar e levarmos em conta os diversos tipos de conduta que ele manifesta em relação a cada membro do grupo, obteremos a descrição de um quadro clínico visto do seu lado de dentro.

Podemos referir o que recolhemos de fora ao do lado de dentro, que já conhecíamos de antemão, sobre as estruturas neuróticas e psicóticas individuais. Através de um estudo psicossocial, sociodinâmico e institucional da família de um determinado paciente podemos obter um quadro completo da estrutura mental e dos motivos ou causas, em termos gerais, que exerceram pressão sobre ele e provocaram a ruptura de um equilíbrio que se mantinha, até então, mais ou menos estável.

A investigação psicossocial analisa a parte do sujeito que se expressa para fora, que se dirige aos diferentes membros que o rodeiam, enquanto que o estudo sociodinâmico analisa as diversas tensões existentes entre todos os membros que configuram a estrutura do grupo familiar dentro do qual o paciente está incluído.

A análise institucional consiste na investigação dos grandes grupos: sua estrutura, origem, composição, história, economia, politica, ideologia, etc. O estudo da sociologia pode dividir-se em macrossociologia, que estuda as grandes instituições e os grandes grupos, e microssociologia, que estuda os grupos mais restritos ou pequenos, inclusive os grupos familiares.

Esta tríplice investigação nos permite obter uma análise completa do grupo que estamos investigando. Analisamos as tensões do paciente com os vários membros do grupo, analisamos o grupo como uma totalidade em si e investigamos as funções do intragrupo, como, por exemplo, as lideranças. Estudamos a influência do pai ou a falta dele, a liderança da mãe, de um tio, de um irmão, de um amigo, etc., e vemos de que modo, às vezes, a ruptura ou a perda de prestígio de um líder familiar acarreta a doença de um dos membros que integram tal grupo. Desse modo,

temos uma visão completamente diversa da que tem a chamada psiquiatria clássica. Quer dizer, um indivíduo com uma disposição particular, pouco resistente a certo tipo de tensão, que precisa do prestígio do líder de seu grupo, desmorona na medida em que tal líder perde o prestígio. Por exemplo, se o pai perde seu emprego por um motivo que abala seu prestígio, o filho pode adoecer. Nesse caso, podemos relacionar a enfermidade do filho com essa situação particular de perda do prestígio ou perda de poder do pai, que, até o momento, era o líder. Podemos mostrar um esquema familiar que se mantinha em determinado equilíbrio até que, em um dado momento, ocorre a ruptura interna com perda desse equilíbrio, surgindo tensões que desencadeiam uma psicose particular em um de seus membros.

Quer dizer que o surgimento de uma psicose dentro de um grupo familiar tem de estar relacionado com a perda de prestígio do líder e também com a totalidade do que ocorre dentro desse grupo. A psicose é o emergente novo e original que surge em conseqüência da ruptura do equilíbrio familiar. Por isso, quando tratamos um psicótico, vamos descobrindo pouco a pouco que esse psicótico, através de sua psicose, transforma-se, em certa medida, em líder de seu grupo familiar. Pelo fato de ser o membro mais doente assume funções de liderança. Desse modo, observamos freqüentemente como um paciente internado, seja em hospital ou sanatório, controla seu meio familiar, começa a fazer com que sua família nos procure, faz com que ela nos incomode a ponto de perdermos a paciência e, até, de brigarmos com a familia ou com o doente, provocando em nós um comportamento irracional, na acepção comum da palavra.

Através das manifestações pessoais desse paciente compreendemos a totalidade de sua estrutura. Podemos interpretar um delírio em um paciente como uma tentativa de re-

construção de seu mundo interior e exterior como uma estrutura total. As tensões que provocaram sua doença surgem novamente no contexto do delírio, transformadas e distorcidas, mas expressando-se novamente numa tentativa de solucionar um determinado conflito. Através do delírio, não é apenas seu mundo individual que o paciente procura reconstruir, mas também toda a estrutura, a familiar em primeiro lugar e, depois, a social. O delírio só pode ser compreendido desse modo, quando se entendem as tensões anteriores à eclosão da psicose. Podemos considerar o paciente que adoece como um representante de uma estrutura tanto individual como familiar. Na medida em que se conheça essa estrutura, os dois aspectos poderão ser manejados como partes dela. Descobrimos que o paciente, através de seus familiares, manda uma parte de si mesmo, colocada nos outros, para indagar sobre seu estado psíquico. É possível, com os mesmos termos, interpretar essa situação à família. É surpreendente ver a que ponto isso é compreensível para os membros do grupo familiar e como se unifica a compreensão total do grupo quando é interpretado como duas partes: uma, aquela que está internada, e a outra, a que está fora. Tudo se organiza em uma estrutura, em uma *Gestalt*, na qual uma parte é o paciente e o resto, a família. Forma-se, assim, uma totalidade, e trabalhar o grupo como totalidade e a doença como um emergente dessa totalidade torna possível um manejo dinâmico em espiral dialética da situação médico-paciente.

É necessário estudar as tensões internas do grupo familiar e analisar em que momento ocorreu a ruptura do equilíbrio do grupo e os motivos dessa ruptura.

Em última instância, o que provoca o aparecimento do emergente mental do paciente está em relação direta com o surgimento de determinadas tensões no grupo familiar.

O emergente mental aparecerá numa relação significativa com o aparecimento de tais tensões no grupo. Um esquema etiológico da doença mental deve considerar: 1º) os fatores relacionados com a baixa do limiar, fatores estes que estão relacionados ao meio ou à estrutura corporal; 2º) os fatores relacionados com o aumento de tensão, perda de equilíbrio do grupo e aparecimento do emergente mental. O emergente mental, que é o quadro psiquiátrico que estamos observando no consultório, não terá apenas uma relação causal, mas também uma relação significativa com a estrutura que o determinou. Quer dizer que para compreender um delírio é importante realizar a investigação do conjunto de forças que atuam no meio grupal do qual emerge a doença mental. A psiquiatria enfocada desse modo torna-se muito mais operacional do que se fosse pensada somente nos termos abstratos de uma nosografia não referencial em relação aos aspectos sociais.

O significado de uma atitude delirante pode e deve ser compreendido e referido à estrutura da qual emergiu esse delírio. Sem um conhecimento de tal estrutura nosso conhecimento do delírio será parcial, como será parcial a relação de causalidade. A relação de causalidade que existe entre a estrutura e o emergente psicótico não é uma relação de causalidade direta e mecânica; trata-se de uma causalidade gestáltica no sentido de que todas as tensões da estrutura que convergem em um certo ponto fazem aparecer um emergente. Quer dizer que é um todo que está atuando através de um dos membros da família. É a totalidade das tensões criadas pelo desajuste de uma estrutura familiar, como, por exemplo, a perda de liderança do pai, que produz uma mobilização de tensões em tal grupo. A modificação provocada pela perda de liderança do pai dentro da

estrutura total faz com que o emergente psicótico se manifeste nesse momento. Quer dizer que determinado setor converge em um determinado ponto onde essa pessoa está situada e, então, ela se transforma na porta-voz das tensões do grupo, através do grupo.

A epilepsia pode ser definida como uma doença universal, no sentido de que dispõe de todos os mecanismos de defesa e de todos os tipos de vínculos. Por exemplo, um epiléptico, fora do ataque, pode estabelecer um vínculo de tipo obsessivo. O epiléptico é descrito como sendo de caráter anal, sendo sua característica o controle. Mas também, em determinados momentos, imediatamente após um ataque, se o ataque foi uma descarga eficiente, poderá estabelecer um contato histérico que será obsessivo em determinado momento, enquanto em outro poderá ser paranóico. No momento anterior ao ataque ocorre uma internalização da situação persecutória e o ataque surge como uma tentativa de controle, através do corpo, da situação persecutória externa. Queremos dizer, então, que toda essa passagem é a passagem de determinados vínculos com determinados objetos através do corpo e do mundo. O que caracteriza o vínculo epiléptico, que tem todos os tipos de vínculos parciais, é uma determinada viscosidade, uma determinada tenacidade e uma determinada destrutividade. Quer dizer que o vínculo pode se tornar cada vez mais lento e viscoso, até que o controle do objeto adquira a característica da imobilidade. Leva seu controle ao máximo através da imobilização do objeto, partindo de um controle obsessivo. Se não consegue imobilizá-lo, surge a desconfiança. Quando o controle fracassa, surge a agressão, porque, a partir desse instante, o outro é considerado um inimigo. Nesse momento, o epiléptico pode ter um ataque convulsivo, ao colocar den-

tro de si a situação persecutória, e tenta destruir o objeto por meio da crise convulsiva, ao não poder controlá-lo de fora. A situação é móvel, mas o conjunto do vinculo e de suas características quanto à intensidade e às diferentes estruturas que se apresentam na epilepsia, como enfermidade dinâmica, chega a características extremas. Na epilepsia, tanto podemos observar a maior imobilidade como a maior mobilidade, as pressões mais brutais tanto no corpo como no mundo exterior, sempre em busca da destruição do objeto.

O vinculo depressivo é o mais fácil de ser sentido e diagnosticado. No centro do vínculo depressivo encontra-se a aflição moral, a culpa e a expiação. É um vínculo que se caracteriza pelo fato de toda relação de objeto estar colocada no campo da culpa, na preocupação com o que o outro pensa e na maneira pela qual o outro irá aplicar o castigo. O caráter depressivo é aquele cuja visão e concepção do mundo, ou cosmovisão, é triste. É um triste de verdade, um triste constitucional. Toda a sua história pessoal está construída no vetor da tristeza e seu vínculo e enfoque dos problemas é depressivo, sempre temeroso de perder a relação de objeto. Sempre sentindo e vivenciando culpa e sempre tentando reparar. Se esse estado adquire as características de um sofrimento permanente e intenso, dizemos que se trata de uma neurose depressiva ou de uma psicose depressiva. O problema é de quantidade e compromisso da personalidade total.

Entre caracteropatia e psicopatia não existe nenhuma diferença, já que, na realidade, se trata da mesma coisa. Os sujeitos afetados, se falarmos em termos de sujeito e objeto, expressam, através de sua conduta, através de seus vínculos, características menores do que as dos quadros

correspondentes. São quadros menores nos quais o que está comprometido não é o juízo mas, sim, a conduta no sentido de que não há atividade delirante, formulação do vínculo em termos de delírio, já que o sujeito vive essa situação diretamente. Por exemplo, o caráter histérico é aquele que caracteriza melhor esse tipo de vínculo que é a representação, quer dizer, a possibilidade de expressar através do corpo uma série de situações, de fantasias e emoções. Podemos dizer que a linguagem histérica é a linguagem do corpo. A dança é uma expressão histérica de determinadas fantasias, e, na medida em que consegue um determinado nível estético, essa expressão histérica adquire as características de um objeto estético. Portanto, na estética o que está mais próximo do normal é o histérico.

A análise da negação do vínculo leva-nos ao estudo da despersonalização. Podemos definir a despersonalização como uma tentativa de perda do ser, do si-mesmo ou do eu, uma tentativa de não ser aquele que quer se vincular mas de ser outro. Ou de não ser ninguém para não ter compromisso no vínculo. Temos, então, uma patologia da despersonalização muito mais ampla, no sentido de que qualquer vínculo de qualquer classe – paranóide, depressivo, histérico, etc. – em um dado momento pode recorrer à despersonalização como única defesa contra o vínculo que se está configurando. Na epilepsia, quando a agressão diminui como tentativa de destruição da situação persecutória, a despersonalização pode surgir como última tentativa de ligar o afeto ao objeto do vínculo. Quer dizer, eu não o odeio, ou melhor, quem o odeia não sou eu. O importante é que isso impede a realização da agressão, porque o nome do objeto desliza para o outro. Em geral, a despersonalização pode aparecer diante de qualquer estrutura.

Muitas pessoas recorrem freqüentemente à despersonalização diante de vínculos de qualquer espécie, inclusive o normal. Por exemplo, para poder ter uma relação sexual mais ou menos normal ou uma boa potência, um homem pode ter necessidade de se despersonalizar, porque na medida em que se nega e passa a ser outro, pode ter uma boa ereção. O mesmo pode ocorrer diante de algum vínculo regressivo psicótico ou de um outro qualquer. Quer dizer que a despersonalização, quando considerada em termos de vínculo, é um recurso para o qual o eu apela para se defender, para negar o si-mesmo ou o *self* diante de qualquer vínculo em uma estrutura qualquer e diante de qualquer objeto.

Observando atentamente, podemos comprovar que a despersonalização não é permanente. Às vezes, existe um clima de despersonalização que se expressa para fora; dizemos, então, que é um clima de desrealização. A despersonalização, quando é produzida dentro, projeta-se em qualquer vínculo no mundo exterior; nesse caso já não é a própria pessoa quem surge como sendo distinta, mas sim o mundo.

Esse é o início da atividade delirante: o mundo já não é como antes, não sou eu, são eles. É o mundo que está mudando e, então, as coisas começam a voltar de fora em virtude da reintrojeção, mas voltam diferentes porque estão desrealizadas. Quando as palavras que são dele entram de novo, provindas de fora, e não são reconhecidas como próprias mas como provenientes de outro, cria-se o estado alucinatório. O momento em que o sujeito recebe o eco de suas próprias palavras, mas como palavras distintas, porque as despersonalizou dentro de si e as desrealizou fora de si, é a situação alucinatória. O mesmo ocorre em relação a todas

as intencionalidades colocadas no outro na situação paranóica. O paranóico se queixa de tudo aquilo que os outros conhecem dele, como fica demonstrado na adivinhação do pensamento, o eco do pensamento e todos os sintomas do delírio da ação exterior, que resultam de coisas colocadas em objetos externos, que funcionam como depositários e que logo o próprio eu do sujeito nega que lhe pertençam.

O que é o vínculo normal? Para que possamos compreendê-lo devemos partir da análise de uma das principais características das relações de objeto: o objeto diferenciado e o objeto não-diferenciado. Isto é, das relações de independência e de dependência. Considera-se que um objeto, em uma relação adulta normal, é um objeto diferenciado, ou seja, que tanto o objeto quanto o sujeito têm uma livre eleição de objeto.

Para compreender esse ponto é preciso partir da outra situação extrema, a da máxima não-diferenciação, situação que chamamos parasitária e que logo se transformará em simbiótica. Quando a criança depende totalmente de seu objeto mãe deposita partes internas nela, e quando a mãe faz o mesmo, ou seja, deposita na criança partes internas dela, ocorre entre ambas um entrecruzamento de depósitos, criando para cada uma delas dificuldades para reconhecer o que é propriamente seu. A situação extrema seria a da primeira relação da criança com o peito da mãe, estabelecendo-se inicialmente uma situação parasitária, que, em seguida, se torna simbiótica, no sentido de que há intercâmbio de situações emocionais e de afeto. Se essa situação de simbiose vai diminuindo, há um determinado momento em que o objeto e o sujeito têm um limite preciso, já não estão mutuamente confundidos, mas sim diferenciados.

De que modo se estabelecem vínculos entre objetos totalmente diferenciados? É provável que não nos seja possível defini-lo, porque tais vínculos não existem e isso nos leva ao paradoxo de que o sujeito mais maduro alcançaria uma diferenciação total em relação aos outros objetos: por conseguinte, criar-se-ia para ele uma situação de distanciamento que nós, do ponto de vista de nossa posição não-madura, poderíamos qualificar de indiferença. Um casal de objetos totalmente diferenciados entre si teria uma independência afetiva, social e econômica. A existência de um filho criaria então, nessa estrutura de dois diferenciados, a união simbiótica através do filho.

O vínculo da confusão é, na realidade, o vínculo com o sono, em um estado crepuscular ou intermediário em que o sujeito está vinculado com os objetos internos e, ao mesmo tempo, se esforça para contatar com os objetos externos da vigília. Quando fracassa nessa passagem do sono para a vigília e fica num estado intermediário, surge o estado crepuscular no qual se misturam relações objetais do tipo normal da vigília com as do tipo do sono. Por isso, o delírio onírico surge como uma mistura de experiências internas com experiências reais. É muito difícil que um delírio onírico seja totalmente onírico, já que por estar colocado sobre uma tela da realidade também a realidade está dando elementos para esse delírio onírico. Temos, assim, todos os graus do sono, desde a confusão mais marcada até o estado de vigília.

2. Patologia do vínculo

Por que utilizamos o termo vínculo? Na realidade, estamos acostumados a utilizar, na teoria psicanalítica, a noção de relações de objeto, mas a noção de vínculo é muito mais concreta. Relação de objeto é a estrutura interna do vínculo. Um vínculo é, então, um tipo particular de relação de objeto; a relação de objeto é constituída por uma estrutura que funciona de uma determinada maneira. É uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada ou movida por fatores instintivos, por motivações psicológicas. Diríamos que a noção de relação de objeto é herdeira da psicologia atomística. O vínculo é algo diferente, que inclui a conduta. Podemos definir o vínculo como uma relação particular com o objeto. Essa relação particular tem como conseqüência uma conduta mais ou menos fixa com esse objeto, formando um *pattern*, uma pauta de conduta que tende a se repetir automaticamente, tanto na relação interna quanto na relação externa com o objeto. Desse modo, temos dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo. Sabemos que existem objetos externos e objetos internos. É possível estabelecer

um vínculo, uma relação de objeto, com um objeto interno e também com um objeto externo. Podemos dizer que aquilo que mais nos interessa do ponto de vista psicossocial é o vínculo externo, enquanto, do ponto de vista da psiquiatria e da psicanálise, aquilo que mais nos interessa é o vínculo interno, isto é, a forma particular que o eu tem de se relacionar com a imagem de um objeto colocado dentro do sujeito. Esse vínculo interno, então, está condicionando aspectos externos e visíveis do sujeito. Podemos definir o caráter de um sujeito em termos de vínculo dizendo que seu caráter, ou seja, sua maneira habitual de se comportar, pode ser compreendido por uma relação de objeto interno; quer dizer, por um vínculo mais ou menos estável e mais ou menos permanente que dá as características do modo de ser do sujeito visto de fora, condicionado por um vínculo interno. A caracterologia também tem sido explicada por essa corrente, que tende a considerar a atuação permanente e dinâmica de uma relação interna, a existência de objetos internos, de um mundo interno com uma realidade psíquica particular condicionando condutas e maneiras de ser. Se analisamos o caráter de uma pessoa, vemos que ele é a maneira que tem de se relacionar com o objeto interno. Por conseguinte, o caráter recebe o impacto da compreensão dinâmica, no sentido de que o caráter se torna analisável quando descobrimos o vínculo interno, ou seja, a natureza do objeto e o tipo de relação que o eu estabelece com o objeto interno.

Esse conceito de objeto interno e objeto internalizado vem provocando uma profunda modificação na compreensão do modo de ser, da personalidade, do caráter e dos diversos quadros psicológicos. O campo mais importante da psiquiatria é o intrapsíquico, ao qual denominamos campo

interno de natureza interpessoal e grupal, no sentido de ser o campo psicológico composto por um determinado número de pessoas que atuam em uma relação dinâmica particular. Para o psiquiatra, é fundamental o conhecimento desse mundo interno. Podemos dizer que é a principal descoberta efetuada por Freud e ampliada pela escola inglesa, principalmente por Melanie Klein, que contribuiu de uma maneira eficaz e profunda para o esclarecimento dessa situação em particular. Desse modo, tornamos a nos encontrar, a reconsiderar um método psicológico bastante desprestigiado nos últimos anos: a introspecção. A introspecção foi o método mais importante da psicologia do fim do século passado, mas só agora, ao se compreender a natureza desse método de investigação voltado para o esclarecimento do objeto interno, adquiriu um sentido particular. A introspecção, na realidade, é um diálogo interno com um objeto que tenta esclarecer não tanto o objeto em si, mas o vínculo particular que esse objeto estabelece com o eu do sujeito. Agora podemos dizer que a introspecção equivale à auto-análise, no sentido de que existe uma imagem interna com a qual o eu estabelece um determinado tipo de relação, do mesmo modo que a heteroanálise é a análise da relação com um objeto externo. A auto-análise e a heteroanálise estão se equilibrando, alternando-se permanentemente. Quando um paciente quer se analisar em sua hora de sessão, faz um trabalho analítico antes da hora da análise, mantendo a imagem interna do analista, com quem estabelece um tipo particular de relação; poderíamos dizer que ele está fazendo auto-análise dentro da mente, onde procura resolver determinadas tensões antes de chegar à sessão com seu analista. A mesma coisa acontece quando sai da sessão. Antes de sair, introjeta a imagem do analista, internalizando-a, e estabelece com ela uma relação auto-analítica

permanente. Quer dizer que, quando o paciente está colocado na situação analítica, não sai mais dela. Nesse sentido, mantém-se permanentemente nessa situação, seja fora, seja dentro. Agora podemos compreender a atuação externa, fora do consultório do analista, em termos de uma atuação com um objeto interno. Todo o campo da conduta do paciente começa a ficar claro e compreensível para nós em torno de objetos internos com os quais estabelece relação.

A mesma coisa acontece, por exemplo, com o final da análise, com o chamado *after*-análise. Afirma-se que na análise os grandes progressos na modificação da estrutura da personalidade acontecem após a análise. Isso, de certo modo, é compreensível, porque a auto-análise e a imagem interna do analista, com quem o sujeito estabeleceu um vínculo particular, continuam atuando. É possível continuar ordenadamente a auto-análise na medida em que o sujeito passou, previamente, por um treinamento heteroanalítico. Isso explica também porque a auto-análise tentada por quem não foi previamente analisado é um fracasso: a profundidade a que pode chegar a introspecção – que não é, como sabemos agora, de uma única pessoa, mas a relação de duas pessoas internas – não pode chegar a um nível profundo porque não existiu a relação heteroanalítica prévia com a qual se atingiu tal nível, o que depois de uma análise prolongada se torna possível continuar por meio do trabalho auto-analítico resultante do processo de internalização do analista com suas características particulares. Com isso queremos assinalar que o campo psicológico mais importante na patologia mental é o campo intrapsíquico.

De um modo geral, tentou-se compreender a patologia através do estudo das relações externas com objetos externos, mas concluiu-se que, à medida que o sujeito

regressa a posições mais primitivas, as relações de objeto são essencial e predominantemente estabelecidas com objetos internos. A posição mais extrema que podemos encontrar é a do autismo, na qual o sujeito se retira do mundo exterior. Dizemos que o sujeito perde suas relações com a realidade. O que acontece é que ele transfere a realidade externa para outro cenário, o cenário interno, onde tornamos a encontrar, quando analisamos esse sujeito, os mesmos personagens que antes existiam fora, mas que agora estão dentro, estabelecendo com eles vínculos particulares que condicionam toda sua atuação. Seguindo esse esquema, podemos compreender toda a patologia interna. Qualquer sintoma pode ser analisado dessa maneira. Por exemplo, um dos sintomas mais típicos do processo esquizofrênico é a intercepțação do pensamento, sintoma que se torna compreensível quando se considera uma relação particular com um objeto interno.

Analisando o material analítico, é fácil descobrir que essa intercepțação é provocada pela interferência de um objeto interno que cruza o caminho do sujeito. É o equivalente de uma situação externa na qual a pessoa é proibida de falar quando o objeto externo interfere em sua ação. Trata-se de uma imagem interna severa que o impede de atuar. Também podemos compreender a atividade alucinatória em termos de um objeto interno, um vínculo muito forte com um objeto interno que, em seguida, é projetado, ou melhor, reprojetado no mundo exterior. Primeiro houve uma projeção, em seguida, uma introjeção e, finalmente, uma reprojeção. Aquilo que o paciente ouve através de suas alucinações é, na realidade, esse diálogo interno que ocorre na pseudo-alucinação quando a conversação é interna e, logo em seguida, é colocada fora. Esse mesmo pro-

cesso pode, em um dado momento e pela ação da análise, voltar a ser colocado dentro e, então, temos alucinação verdadeira transformando-se novamente em pseudo-alucinação. Outro exemplo é o do eco do pensamento. Alguns pacientes se queixam de que tudo aquilo que pensam e dizem é repetido por outro. Esse outro é uma parte da personalidade dividida que inclui outro objeto. Essa parte, podemos dizer, tem todo o direito de conhecer os pensamentos da outra porque, na realidade, constituem uma unidade quando estão juntas.

Geralmente, estamos acostumados a relacionar o suicídio com a posição ou situação depressiva. Na realidade, o suicídio está mais vinculado à situação paranóide; trata-se de um crime interno, quer dizer da destruição do objeto internalizado, último recurso que o sujeito emprega quando tenta controlar e aniquilar dentro dele o objeto interno perseguidor, por assim dizer, sem que o sujeito perceba que ele mesmo vai morrer. Na realidade, o suicida não conta com a sua morte, mas, sim, com a eliminação e a aniquilação do objeto interno perseguidor. Por isso muitas vezes realiza um ritual particular antes do suicídio. Produz-se uma profunda divisão no eu e um controle, através do ritual que o sujeito emprega para controlar o objeto interno. É um crime com premeditação e perfídia, no sentido de que a preparação dura um certo tempo e é perfeitamente localizável. O objeto interno que o sujeito deseja aniquilar dentro dele é um objeto perseguidor, por isso o suicidio pode aparecer no momento em que procura resolver a situação depressiva, quer dizer, na entrada ou na saída da doença depressiva. É por isso que o suicídio é relacionado erroneamente à situação depressiva, já que, desse ponto de vista, é fundamentalmente um mecanismo esquizoparanóide.

O estupor catatônico é a tentativa extrema, na qual se concentra toda a atividade do paciente, de controlar dentro do corpo os objetos internos perseguidores. Ao mesmo tempo, a outra parte da mente do paciente se conserva e ele pode permanecer em estupor catatônico durante anos e, apesar disso, gravar totalmente o que acontece ao seu redor.

Pouco antes de morrer, por causa de uma enfermidade orgânica grave, um paciente que permaneceu em estado catatônico durante quinze anos começou a falar e relatou tudo aquilo que havia acontecido na sala durante esses anos. Isso se deve ao fato de que o paciente, por não mais ter necessidade de controlar o objeto interno perseguidor – já que a enfermidade se encarregava da liquidação desse objeto – se despreocupa de tal controle, deixa de ser catatônico e estabelece uma conexão normal com o mundo exterior. Podemos dizer que, para o paciente em estado catatônico, o único objeto de sua vida nesse momento é o controle de um objeto interno perseguidor com o qual estabelece uma relação particular. As relações que estabelece com tal objeto interno, quer esteja na mente, quer no corpo, darão lugar a fenômenos particulares. Por exemplo, na catalepsia e na flexibilidade cérea os pacientes têm uma hipotonia muscular acentuada e podem ser colocados nas posições mais estranhas, mantendo-se durante horas na mesma posição, sem que apresentem o fenômeno da fadiga. Isso acontece devido a uma divisão no esquema corporal: os estímulos e o acontecer de uma das partes não são incorporados ao resto do esquema corporal mas, pelo contrário, ficam separados dele. Uma parte do corpo permanece isolada e, quanto mais isolada estiver, mais fácil será a defesa do perseguidor colocada nessa parte do corpo, a qual se pode manter numa posição de imobilidade.

As estereotipias são também relações de objeto com objetos internos. A estereotipia é uma espécie de ritual obsessivo com relação a um objeto que pode estar localizado em qualquer lugar do corpo ou da mente. O paciente pode fazer constantemente um gesto com a mão, e através da análise do gesto pode-se descobrir que está estabelecendo relações infantis regressivas com o objeto interno. De fora tem-se a sensação de que o paciente está brincando com uma parte de seu corpo. Na realidade está estabelecendo uma relação lúdica, uma relação de jogo com um objeto interno depositado no corpo, estabelecendo uma relação particular com ele.

As automutilações têm o mesmo mecanismo do suicídio. São tentativas de controle, mutilação e aniquilação do objeto interno colocado no âmbito do corpo.

A hipocondria é resultante do sentir-se totalmente invadido no corpo por objetos internos maus. Quando se nega a situação de sentir todo o interior do corpo invadido por objetos internos perseguidores, aparece o delírio de negação ou delírio de Cotard. O paciente acaba não considerando a presença do corpo, como se este fosse, por exemplo, de papel, e, então, tenta matar-se ateando fogo em si mesmo, exatamente porque acredita que é de papel. Quando esse paciente tenta se incendiar, o que deseja, na realidade, é incendiar ou matar o objeto interno. Esse paciente, visto de fora, evidentemente apresenta características de um louco. Essa é a vivência da loucura. A alienação aparece, então, como vivência, na medida em que a relação do vínculo interno com o objeto interno se torna cada vez mais forte e poderosa. Todo o mundo vivencial do paciente se retrai do mundo exterior e se concentra nessa relação particular com o objeto interno, adquirindo, às vezes, caracte-

rísticas muito particulares. Quando o objeto que antes era perseguidor se transforma em objeto bom e necessitado desde dentro, esse sujeito psicótico apresenta um mau prognóstico. E isso acontece porque estabeleceu uma relação boa e erótica com um objeto interno perseguidor; poderá dizer, então, que agora essa é a sua vida privada e que continuará sendo a mesma.

Observa-se um processo semelhante na evolução desse sintoma tão curioso que se denomina "aparelho de influência": o paciente sente-se perseguido por um perseguidor provido de um aparelho que é a projeção de seu próprio aparelho sexual. Esse aparelho tortura-o durante a noite enquanto, no corpo, surgem sensações caracterizadas como estados elétricos, que representam, na realidade, a expressão somática do orgasmo anal. O aparelho de influência é, na realidade, o herdeiro do orgasmo anal, que costuma aparecer nas crianças no momento da defecação e que se manifesta através de um calafrio. Esse calafrio que a criança sente no momento da defecação é o equivalente do orgasmo anal. Volta a acontecer nos delírios de influência, em que a sensação de eletricidade e de descarga é conseqüência da elaboração, às vezes após longas racionalizações, dessa situação infantil. Esse aparelho de influência, originalmente perseguidor, que tenta castrá-lo e violentá-lo, pode, de repente, transformar-se em um objeto bom. O paciente começa a sentir fascínio pelo objeto externo, isto é, pelo perseguidor, no momento em que surge a mutação desse objeto mau em um objeto bom e necessário para o sujeito. Nesse momento, a acomodação na situação psicótica é definitiva.

A análise do vínculo, o tipo de vínculo e a mutação do vínculo na psicose transformam-se em elementos funda-

mentais para o prognóstico. Podemos dizer que, na situação transferencial, toda a relação com o objeto interno e as variações que surgirão durante sua projeção sobre o analista irão constituir a base do trabalho concreto e diário na psicoterapia do psicótico. Por essa razão é tão importante descobrir o vinculo interno.

A psiquiatria é especialmente o esclarecimento, o conhecimento e a compreensão da relação ou vínculo com o objeto mau. O objeto bom existe permanentemente mas, diriamos, não provoca uma patologia. Sempre devemos considerar dois objetos; contudo, a patologia, quer dizer, a sintomatologia do paciente, se expressa, sobretudo, em relação às defesas, seja dentro, seja fora, em relação ao objeto perseguidor, enquanto que a relação com o objeto bom é silenciosa e se conserva em grande parte. Por essa razão, no caso do psicótico a psicoterapia é possível. A transferência pode se configurar em torno do objeto bom. Mas muito depressa o sujeito fará uma psicose transferencial e, na medida em que isso acontece, muda a estrutura da psicose anterior em uma psicose atual com o analista. Só agora surgem as possibilidades de que tal paciente seja curado. Toda a investigação e todo o destino da psicoterapia do psicótico estão centrados no conhecimento minucioso e sistemático da psicose transferencial. O analista não é um observador imparcial, nem está fora da situação, mas sempre é um observador comprometido, de antemão, com a situação do paciente. Felizmente é assim, pois é a repetição dos conflitos com o analista na situação transferencial que possibilita a ruptura da estrutura psicótica estereotipada. O psicótico conseguiu um equilíbrio para si mesmo dentro da economia de seu sofrimento, valendo-se de defesas particulares. A primeira coisa que se rompe, causando muita

ansiedade e dando aos outros a impressão de uma recaída, é essa estrutura estereotipada com a qual promovera uma adaptação psicótica a seu mundo interno e ao mundo externo.

Na relação psicoterápica o paciente pode ter uma atitude particular com o analista e uma atitude contrária lá fora. Por se tratar de dois objetos diferentes, não devemos falar de ambivalência, mas de bivalência. Isso porque a ambivalência é a relação, o vínculo com um objeto total em que o amor e o ódio estão dirigidos para o mesmo objeto, enquanto, na posição esquizóide, o amor e o ódio estão dirigidos a objetos diferentes. São objetos diferentes e partes diferentes do eu que estabelecem vínculos diferentes nesse processo. Isso é muito importante porque a boa interpretação é aquela que estabelece a reunião dos dois elementos do vínculo, bom e mau, dentro e fora do paciente. Quer dizer que uma interpretação deve tender a juntar. Na medida em que se possam juntar as partes surge um tipo particular de ansiedade, que é a ansiedade depressiva. O paciente chora a perda desse objeto, porque esse objeto é amado e odiado ao mesmo tempo. Por sua vez, o sujeito sente-se amado e odiado pelo objeto. Ou seja, o vínculo estreito e complexo que caracteriza a ansiedade depressiva explica toda a fenomenologia da situação de depressão e de melancolia.

O sentimento de culpa é uma complicação resultante do sentimento de ambivalência, pelo fato de se odiar um objeto amado, o que provoca a dor moral. A dor moral (sentimento de pena) e a culpa sempre estão juntas; qualquer uma das duas pode predominar, mas sempre acontecem em relação a um objeto total amado e odiado, ao mesmo tempo que o sujeito se sente amado e odiado pelo obje-

to. A culpa está no eu que, diante do objeto, sente-se culpado por ter fantasias destrutivas a respeito de objetos que a pessoa sente que também ama. Surge, então, toda a fenomenologia da depressão. Por exemplo, a inibição psicomotora, que é um dos sintomas mais típicos da depressão, relaciona-se com a inibição da agressão. Quanto maior for a agressão, maior será a fantasia de destruição do objeto total, o que pode determinar o mecanismo de bloqueio da agressão, chegando até o estupor melancólico no qual o sujeito imobiliza os aparelhos do eu encarregados de exercer a agressão. A inibição psicomotora é um sintoma universal da depressão. O sujeito começa a sentir dificuldades para pensar, porque o pensar sempre implica uma relação de objeto. Sempre se pensa a favor ou contra alguém. Tudo aquilo que realizamos em nossa mente, todo nosso pensamento, está sempre em relação com outro. Na realidade, não com um, mas com dois, já que a relação universal é sempre uma relação de três. Grande parte da patologia mental está em relação com esse terceiro aparentemente excluído, e nos delírios como, por exemplo, o delírio de ciúmes, isso é característico. O sujeito que sente um delírio de ciúmes considera que o objeto de seu ciúme está acompanhado de outro. A situação de três é permanente. No delírio de ciúmes, o sujeito tenta controlar o objeto, mas apesar de seu controle sempre teme que mentalmente o objeto estabeleça contato com outro objeto. O terceiro sempre está atuando no delírio, na alucinação e em uma grande quantidade de sintomas de tipo de atuação psicopática, em que o terceiro pode estar situado em outras pessoas, na rua, em qualquer lugar, etc.

O masoquismo é uma relação libidinosa com um objeto interno mau que, colocado fora, pode provocar certos

tipos de conduta. Um paciente que se queixa de sofrer perseguições pode, num certo momento, apelar para a defesa homossexual para apaziguar o perseguidor. E esse perseguidor que era puramente mau, em dado momento se transforma em objeto bom para ele, porque entrou em um trato particular aceitando a situação homossexual. O vinculo que estabelece com o objeto toma-se muito forte e o paciente não tem interesse em romper tal vinculo; por isso, nenhuma promessa que venha de fora poderá convencê-lo a abandonar o objeto que lhe está dando prazer e que, ilusoriamente, ele manipula.

Em sintese, a teoria do vinculo é um tipo de conhecimento que funciona com um critério operacional, como um instrumento de trabalho com o qual se pode abordar o paciente psicótico e compreendê-lo em função de seu campo intrapsíquico, que antes não era considerado na vida mental com a hierarquia que proporciona, atualmente, a teoria do vínculo com os objetos internos.

3. Vínculo, comunicação e aprendizagem

O vínculo é um conceito instrumental em psicologia social que assume uma determinada estrutura e que é manejável operacionalmente. O vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através da relação com essa pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados. Por essa razão, o vínculo se relaciona posteriormente com a noção de papel, de *status* e de comunicação.

Na relação de objeto está implicada toda a personalidade, com seu aparelho psíquico, com suas estruturas, com os dois instintos básicos descritos por Freud: a libido e a agressão, Eros e Tanatos. É uma relação estabelecida com o outro de uma maneira particular. As características dessa estrutura de relação de objeto adquirem, nesse momento e nesse sujeito, certa diferenciação, configurando um vínculo pessoal que pode ser diferente com o outro, ou com outros e também com coisas, quer dizer, com objetos animados e com objetos inanimados. Entendemos, assim, nossa noção de vínculo uma vez que podemos estabelecer um vínculo com uma caixa de fósforo, com o

isqueiro, com um livro, com uma cadeira, com uma mesa, com uma casa, etc. Cada um desses vínculos tem um significado particular para cada indivíduo. No vínculo está implicado tudo e complicado tudo. A pessoa se move com um jogo harmônico ou desarmônico de suas partes integrantes, mas não se pode separar aquilo que é do Id, do Ego e do Superego em uma relação de objeto. Podemos dizer que um vínculo está preponderantemente em relação com o Id, ou seja, que a relação pode ser mais amorosa ou mais agressiva nesse sentido. Em relação à preponderância do Ego, podemos dizer que o vínculo é mais operacional ou que tem mais sentido da manipulação da realidade; enquanto, se o vínculo for predominantemente em relação ao Superego, é mais culpógeno. Mas em qualquer das situações todo o aparelho psíquico está implicado e complicado. Não há relação de objeto com uma parte do aparelho psíquico; o aparelho psíquico se comporta como uma totalidade, como uma estrutura dinâmica cujas partes, nesse momento e nesse sujeito, têm uma valência particular. De acordo com nosso conceito do Ego, do Id e do Superego, podemos falar claramente da predominância de uma de tais partes em relação com o vínculo. Por exemplo, uma conduta perversa ou uma conduta impulsiva está mais próxima do Id, mas, se estudarmos atentamente a perversão, veremos que o Superego também está seriamente implicado na relação.

O caráter ou personalidade resulta do estabelecimento de uma relação particular com um objeto animado ou inanimado, ou com um grupo, de uma maneira particular e com uma fórmula particular. Por essa razão, dizíamos que o conceito de vínculo pertence à psiquiatria e à psicologia social. É o que, de fora, estamos observando que aconte-

ce em Fulano de Tal, que estabelece vínculos com outro ou com outros de uma maneira particular. Quando se fala de relação de objeto, isso implica mais a visão interna, quer dizer de dentro para fora. Um dos nossos objetivos no trabalho psicoterápico é captar o vínculo que o paciente estabelece com o terapeuta, para poder inferir, a partir daí, o tipo de relação de objeto e a natureza dos processos internos que funcionam dentro do paciente.

Os pacientes psicóticos tendem a estabelecer vínculos animados com objetos inanimados; a isso denominamos magia. O pensamento mágico caracteriza-se fundamentalmente pela extensão às coisas inanimadas da intencionalidade dos objetos animados. Dessa maneira, é possível penetrar com mais segurança no pensamento delirante porque, então, é fácil ver que o psicótico alucinado estabelece um vínculo particular, por exemplo, com um aparelho que ele chama de máquina de influência. Sente, então, que esse aparelho de influência está atuando sobre ele e tem uma relação com ele, estabelecendo um vínculo particular. Às vezes, chega a entabular um diálogo com o aparelho, quer dizer, uma relação. Uma relação que, inclusive, tem uma evolução particular, uma vez que no início, geralmente, tem um caráter persecutório que em determinado momento pode mudar e se transformar em agradável e aceito, criando-se, assim, um vínculo de mau prognóstico para esse sujeito nessa situação. Desse modo, vemos como o vínculo forma uma estrutura perfeitamente visível e controlável, passível de investigação pelos métodos da psicologia social.

Não existem relações impessoais, uma vez que o vínculo de dois se estabelece sempre em função de outros vínculos condicionados historicamente no sujeito e que,

acumulados nele, constituem o que denominamos o inconsciente. O inconsciente, portanto, é constituido por uma série de pautas de conduta acumuladas em relações com vinculos e papéis que o sujeito desempenha diante de determinados sujeitos. Então, quando deposita sobre outro sujeito, mediante o mecanismo de deslocamento ou de projeção, um determinado objeto interno, estabelece com ele um vinculo ficticio, como o é, por exemplo, o vinculo transferencial, no qual o analista chega a ter as caracteristicas de uma figura anterior e é operante, justamente por isso, no tratamento: porque através da transferência é possivel reviver o vinculo primitivo que o paciente tem com sujeitos primários, de sua primeira época de vida. Desse modo, é possivel retificar a natureza dessas imagens e fazer a aprendizagem da realidade, a aprendizagem em sentido geral.

No narcisismo não existe uma relação an-objetal. Quando a criança nasce – e aí nos detemos – e estabelece sua primeira relação com os objetos (e os objetos são administrados por meio de uma série de processos de introjeção e projeção com os quais ela constrói um mundo interno cheio de representações dos objetos externos), esses objetos internos adquirem caracteristicas particulares que são imagos dos objetos externos, que não coincidem com a natureza real desses objetos, mas que estão matizados pela fórmula instintiva dessa criança em particular. Se podemos falar de uma agressividade constitucional, dizemos que essa criança, com uma forte hostilidade, vai dar determinadas caracteristicas a seus objetos internos, caracteristicas persecutórias que são mais intensas nela do que na criança que nasce com uma hostilidade menor. É desse modo que se constrói o mundo interno. Mas esse mundo interno também é construido pela experiência externa, que

é colocada dentro, construindo-se um mundo particular, um mundo que não é o externo mas que é, para o indivíduo, tão real quanto o externo, com o qual trabalhamos. Surge, então, a diferença entre mundo interno e mundo externo. Desse mundo interno cada um de nós constrói uma fantasia. Por isso na análise é fundamental descobrir qual a representação que cada um de nós tem de seu próprio mundo interno. É a fantasia de nosso mundo interno funcionando de uma maneira particular.

Em psicologia, a descoberta do outro é guiada por momentos de *insight* desse mundo interno, que funciona com uma dialética interna particular e que pode servir de abordagem da realidade e orientar um determinado tipo de investigação.

Se analisarmos o trauma do nascimento de acordo com a concepção de Otto Rank, observaremos que seu erro metodológico fundamental reside no fato de relacionar diretamente o vivido agora, no presente, como se fosse a repetição exata de um fato histórico de sua vida anterior. Porque o paciente pode expressar aquilo que vive neste momento, com os outros, utilizando uma linguagem referencial em termos de vida intra-uterina, que é uma linguagem simbólica. Mas isso não significa que haja uma analogia total na exatidão entre a vivência atual e a vivência histórica total. Ou seja, que simplesmente utiliza uma linguagem simbólica referencial.

O ponto de fixação se cria após o nascimento. Entende-se por fixabilidade a possibilidade de que fixações posteriores se realizem naqueles pontos em que, durante o desenvolvimento, existiu uma perturbação. Em termos psicanalíticos, constituição é aquilo que a criança traz ao nascer. Disposição é a fixação criada durante o desenvol-

vimento. Fixabilidade é a possibilidade constitucional determinada por uma noxa que atua no desenvolvimento. É possível falar de um ponto de fixabilidade hereditário. Falamos de herança de pontos parciais, de determinados montantes de agressão, de determinados desenvolvimentos, sobre os quais também atuam fatores externos ao próprio feto, o intra-uterino, que condicionam um ponto de fixabilidade para futuras fixações durante o desenvolvimento, que é aquilo que vai dar as disposições a determinadas doenças. Desse modo, formulamos o conceito de constituição e o conceito de disposição em termos dinâmicos. Esses pontos de fixabilidade não são fixos; em condições dinâmicas podem mobilizar determinadas estruturas que ficaram fixas, estancadas em seu desenvolvimento. Por isso, o elemento desenvolvimento e maturação é uma nova simbiologia incluida na psicanálise. Isso significa incluir um elemento de onde se vê o desenvolvimento e a maturação dentro do processo de análise como uma aprendizagem da realidade durante todo o tratamento. Quer dizer, onde velhos pontos de fixação são mobilizados e onde o sujeito realiza a aprendizagem do mundo levado pela mão do analista, retificando atitudes que podemos chamar de atitudes fixadas anteriormente.

O vínculo com a mãe é chamado de vínculo intra-uterino. O feto estabelece um vínculo parasitário com a mãe, vínculo que posteriormente pode se tornar simbiótico e, em certas ocasiões, siamésico. O vínculo siamésico é o mais angustiante de todos, no sentido de que a criança pode experimentar a separação da mãe como se acarretasse a morte das duas, ou a impossibilidade de sobrevivência de uma delas, o que poderia acontecer, por exemplo, na situação parasitária ou na simbiótica, tal como se observa em determinadas esquizofrenias e em certos processos psicóticos.

iquiatria é o campo dos objetos inter-
ntre o eu e os objetos internos marcam
ılo externo. Em uma projeção paranóide,
ıilo que o sujeito coloca fora, no mundo
ciedade, é a pauta de conduta dos vínculos
us objetos internos. Os objetos atuais fun-
sujeito como telas referenciais sobre as
da uma estrutura, um modo de ser, um vín-
tro, que coloca sobre o terapeuta e vive como
le. A loucura pode ser descrita como o resul-
cação de um vínculo interno sobre um exter-
ção ao qual adquire prioridade. À medida que
interno se fortalece, vai passando da neurose à
mundo externo e o mundo interno, então, apa-
m noção de limites, já não existe o *insight*, não
nsciência da doença porque, para o sujeito, o que
ncia é a realidade absoluta e concreta. As vozes que
ótico ouve resultam de seus vínculos internos co-
s e esparramados pelo mundo através de um meca-
que se chama dispersão. Por isso, o fenômeno alu-
ório é, em primeiro lugar, interno, determinando aquilo
se chama de pseudo-alucinação. Depois, ocorre a alu-
ição externa propriamente dita, resultante do fato de se
produzido uma cisão maior e o vínculo interno ter sido
locado para fora, estabelecendo-se diferentes tipos de
inculos com o objeto alucinatório.

As patoneuroses e as patopsicoses são condições ou situações em que, sobre um órgão doente, se estabelece uma situação neurótica ou psicótica. A doença do órgão é anterior. A doença é criada por distúrbios orgânicos; posteriormente, utiliza-se o mecanismo defensivo sobre o órgão. Um órgão danificado fisicamente atrai sobre si determi-

nados conflitos psicológicos; um órgão que se encontra em destruição é um órgão vivido dentro do esquema corporal como um órgão atacado. Podemos dizer que se o sujeito tem uma disposição hipocondríaca particular, colocará sobre a tela do órgão doente toda sua psicologia conflitiva. A patopsicose caracteriza-se por tomar um órgão previamente doente e depositar sobre a tela do órgão conflitos psicológicos que podem ser compreendidos por qualquer outro processo psíquico. Na paralisia geral, por exemplo, os distúrbios deficitários são os primários; o sujeito começa a se sentir desmemoriado, a experimentar um enfraquecimento dos aparelhos de seu eu, a experimentar um sentimento de impotência, etc., e tudo isso é vivenciado como um ataque narcisista, como uma castração. A partir daí inicia-se um processo regressivo em direção aos pontos disposicionais. Por isso, cada qual faz a psicose que lhe corresponde disposicionalmente. Isso explica por que as formas de expressão da paralisia geral são tão variadas. Contudo, pode-se dizer que existe certa regularidade. Schilder e Ferenczi, que deram a maior atenção a esse problema, desenvolveram o famoso tema do "pênis de ouro", estudando por meio dele a ansiedade de castração que todos esses sujeitos experimentavam em razão da debilitação de suas funções mentais. A memória e a atenção se debilitam, eles experimentam uma dificuldade interna orgânica que é diferente da dificuldade do neurótico. Não se trata de uma inibição do pensar, mas sim de um não poder pensar. O dano no órgão é vivenciado como um ataque, especialmente no sujeito que tem uma estrutura narcisista tipo hipocondríaca. É aí que o conflito se situa e esses indivíduos fazem sua psicose sobre esse órgão previamente doente, comprometendo por sua vez ainda mais o proces-

so orgânico. O vínculo se estabelece com o órgão mas, na realidade, se estabelece com o personagem que está incluído dentro do órgão e que é vivenciado como um perseguidor que o está destruindo. Assim, os mecanismos defensivos tendem a se desfazer disso, a negá-lo. Suponhamos um indivíduo que tenha um processo grave e que faça um delírio de negação: ele nega a destruição desse órgão ou faz um delírio de imortalidade. O delírio de Cotard é a porta de entrada para o estudo de tudo aquilo que concerne ao corpo. O vínculo é um vínculo interno estabelecido no corpo ou área 2. Até esse momento o que domina é o vínculo na área 2, o qual, em um dado momento, pode se desviar e se projetar na área 3 ou mundo exterior. Um sujeito com um órgão doente faz primeiro um delírio hipocondríaco e, em seguida, quando o projeta à área 3, um delírio paranóide. Na realidade, as destruições que ele vê no exterior são as destruições de seu órgão doente. Esse mesmo processo de projeção para fora de um processo de destruição interna pode ser observado no início do processo da fantasia de fim de mundo apresentada por alguns esquizofrênicos. É a projeção para fora da vivência interna da destruição de sua estrutura corporal. O esquizofrênico sente, então, que as casas ou os edifícios desabam sobre sua cabeça, ou que o mundo se destrói totalmente.

A repressão é um processo complexo, tal como se observa na identificação. Por isso, falamos de uma identificação projetiva e de uma identificação introjetiva. A repressão inclui uma série de processos. O primeiro é a divisão, depois a negação e, finalmente, o controle onipotente daquilo que foi dividido, negado e reprimido.

Na mania, a repressão e a negação por identificação e projeção são muito rápidas. A negação maníaca é um pro-

cesso que se caracteriza pela vivência repressiva que é negada, e por um processo de projeções e introjeções, a uma velocidade particular, que caracterizam o pensamento maníaco.

Na histeria observamos primeiro o mecanismo de divisão e, em seguida, o de negação e o de controle onipotente. A fantasia também é um mecanismo defensivo: tem um argumento, a defesa ocorre por alguma razão, tem uma intencionalidade. Em termos de vínculo, um objeto interno é reprimido, é isolado da parte central do eu por um mecanismo de divisão e, dentro desse departamento em que ele é colocado, é controlado de maneira onipotente por um mecanismo que é, fundamentalmente, de controle anal. Na realidade, em cada mecanismo vão intervir todas as fases da evolução psicossexual. Por essa razão, não podemos falar em termos de fase oral, anal, genital; isso é uma abstração. Uma predomina, mas todas estão presentes e todas estão atuando, tanto na defesa como na estrutura total. São pautas de estruturas, de condutas totais do organismo que são afastadas da ação, postergadas ou totalmente separadas pelo mecanismo da divisão.

P. Heimann, ao estudar o mecanismo de introjeção paranóide, deu o exemplo do paciente que, ao sair da sessão, introjeta seu analista, estabelecendo um diálogo interno com ele. O analista introjetado pode ser um objeto mau que o prejudica. O paciente, então, sente necessidade de dividir. Faz um compartimento, enclausura o analista e várias coisas podem acontecer: ou permanece depositado aí, enclausurado e negado, ou o paciente pode chegar à aniquilação desse objeto interno, que pode ser aniquilado fisicamente por meio do suicídio ou aniquilado pelo emprego do mecanismo defensivo da anulação total de uma zona do

eu onde está incluído esse analista. Assim, na enxaqueca, a dor de cabeça súbita, o golpe interno, é produzido por uma fantasia de destruição do objeto mau interiorizado dentro dos limites do eu. O mesmo pode suceder na epilepsia. Seria, então, um modelo de vínculo interno com as diversas vicissitudes que experimentam os objetos internos. Falamos de vínculos internos e de vínculos externos integrados num processo de espiral dialética. O vínculo, que primeiro é externo, depois se torna interno, depois, externo novamente e, depois, volta a ser interno, etc., configurando permanentemente a fórmula dessa espiral dialética, dessa passagem do de dentro para fora e do de fora para dentro, o que contribui para configurar a noção de limites entre dentro e fora. Isso determina com que as características do mundo interno de uma determinada pessoa sejam completamente diferentes daquelas do mundo interno de outras pessoas ante a mesma experiência da realidade externa.

4. Vínculo racional e irracional

A psiquiatria atual é uma psiquiatria social, no sentido de que não se pode pensar em uma distinção entre indivíduo e sociedade. É uma abstração, um reducionismo que não podemos aceitar porque temos a sociedade dentro de nós. Nossos pensamentos, nossas idéias, nosso contexto geral é, na realidade, uma representação particular e individual de como captamos o mundo de acordo com uma fórmula pessoal, de acordo com nossa história pessoal e de acordo com o modo pelo qual esse meio atua sobre nós e nós sobre ele.

O primeiro método clássico utilizado como método psicológico foi a introspecção. Inicialmente ela foi considerada como um monólogo, mas hoje sabemos que se trata de um diálogo, de um vínculo com um objeto interno, mais ou menos consciente. A diferença entre a introspecção e a análise reside em que na investigação analítica tentamos estudar e conhecer o vínculo com um objeto interno com o qual dialogamos, mas que é inconsciente. A introspecção é um vínculo particular com um objeto particular e com uma finalidade particular. É uma relação a

dois, mas em um determinado nível, uma vez que o objeto interno é consciente para o indivíduo. O diálogo é consciente e dirigido por um objeto consciente, mas não devemos esquecer que por trás desse vínculo interno consciente existe um conteúdo latente. A psicanálise é a investigação do vínculo com um objeto interno que possui uma representação manifesta e uma latente. Quer dizer, um conteúdo manifesto mediante o qual se encobre um conteúdo latente. A introspecção é o diálogo com o conteúdo manifesto, do mesmo modo que a psicanálise é o diálogo com o conteúdo latente. Aquilo que um paciente diz sobre si mesmo e sobre os outros são juízos que nos permitem investigar os vínculos externos e internos com outros objetos que são inconscientes. Os objetos que têm uma representação inconsciente terão tanto mais operatividade sobre a conduta do indivíduo quanto mais forem inconscientes, pois menos o indivíduo os controlará. O irracional de uma conduta é dado pelo grau de latência ou grau de inconsciência do vínculo interno estabelecido com um objeto interno, que é operante sobre a conduta do indivíduo nesse momento. A diferença que encontramos entre um vínculo muito inconsciente e outro mais consciente é de grau. Isso quer dizer que a situação daquilo que é racional e daquilo que é irracional é um problema de quantidade. Um vínculo racional com alguém sempre inclui uma situação latente, podemos dizer irracional; esse vínculo irracional, então, é aquele que se tornará racional durante o processo de análise.

As palavras racional e irracional devem ser consideradas, em termos de vínculo, como graus de esclarecimento ou graus de conhecimento da natureza do vínculo. Dizemos que uma relação é objetal e racional quando é

conhecida conscientemente e conscientemente administrada. Mas, ao mesmo tempo, sabemos que esse vínculo que chamamos racional está geneticamente ligado a vínculos irracionais. A transformação do irracional em racional pode se realizar em termos de espiral, como uma transformação dialética; isso quer dizer que certas quantidades de irracionalidade se transformam em qualidades de racionalidade à medida que o processo psicanalítico avança. A psicoterapia tem por finalidade tornar racional um vínculo irracional, porque a neurose pode ser definida pela predominância de um vínculo irracional que é operante na prática e na práxis desse sujeito em sua relação com o mundo. Não podemos estabelecer uma divisão formal entre inconsciente e consciente, já que são simples diferenças de grau. É uma qualidade do psíquico, tal como disse Freud. Podemos dizer que o inconsciente, o consciente e o pré-consciente são qualidades do psíquico num determinado momento em que estão em relação com um determinado objeto. Durante o mecanismo de regressão aquilo que é profundo torna-se mais superficial. É uma atualização de estratos profundos que se tornam operantes através de um *pattern* de conduta que se reativa. Através da regressão, o profundo aflora, o inconsciente se torna consciente, o irracional se torna racional e o latente se torna manifesto.

Uma das coisas operacionalmente mais importantes da sessão psicanalítica é a regressão transferencial que se produz durante a mesma. A regressão transferencial é um vetor de trabalho muito importante. A neurose transferencial permite ao paciente, na medida em que esteja seguro da posição do psicanalista, rever seu passado tanto quanto se atreva a regressar. Quando um paciente apresenta uma

estrutura muito rígida, caracterológica, não faz uma neurose transferencial regressiva mas tende a fazê-la acima do nível de atuação comum, quer dizer, recorre à intelectualização da análise. O analista deve ajudar seu paciente a superar a dificuldade para se abandonar, fazer uma regressão e repetir na transferência uma pauta de conduta anterior, reviver uma determinada situação histórica, retificá-la no contexto da situação psicanalítica atual e aprender novamente, como se fizesse um reaprendizado daquilo que vive. Entende-se por conduta a expressão de um vínculo em termos daquilo que se vê. Quer dizer que uma pessoa reage de um modo particular diante de um acontecimento que está influindo sobre um objeto – mesmo que este seja inanimado –, na medida em que esse objeto inanimado tem um significado particular para ela. Aproximamo-nos, então, do conceito de simbolismo. Esse simbolismo está em relação com a história particular do sujeito. O símbolo deve ser visto em seu caráter funcional, em seu caráter de totalidade. Podemos dizer que na transferência são reativadas atitudes que sempre são significativas e totais. Durante a psicoterapia vem à superfície algo que estava situado mais profundamente. Esse conceito é mais dinâmico do que o de consciente e inconsciente como estratos fixos.

Ao se referir às qualidades do psíquico, Freud fala de inconsciente, pré-consciente e consciente. O conceito de pré-consciente é dinâmico, uma vez que o pré indica que pode ser consciente depois. Freud nunca empregou o termo subconsciente, pois este é menos rico e, além disso, contém uma valoração provavelmente moral, pois significa por baixo de alguma coisa que está em cima, enquanto que o uso do prefixo pré tem implicação temporal. A tra-

dução de subconsciente foi feita pelos espanhóis, talvez porque incluísse um critério moral, fundamentalmente religioso.

Por sua vez, a corrente fenomenológica francesa repele o termo inconsciente e usa os termos irreflexivo, pré-reflexivo e reflexivo. Exprime que o reflexivo não é mais do que a explicação de uma coisa que irreflexivamente já estava dada. Na realidade, observamos que as qualidades do inconsciente, do pré-consciente e do consciente estão modificadas pelo uso dos termos irreflexivo, pré-reflexivo e reflexivo, mas que, no fundo, a modificação não é profunda.

5. Vínculo, campos de interação e de conduta

O objetivo central das investigações psicológicas é o campo psicológico; é aí que se estabelecem as interações entre a personalidade e o mundo. O conceito de situação é importante porque conota as modificações em que o meio é o agente, enquanto que o conceito de conduta conota as modificações em que a personalidade é o agente. É importante estudar a noção de situação, interação e conduta.

O campo psicológico é o campo das interações entre o indivíduo e o meio. Por isso, podemos dizer que o próprio objetivo da psicologia é o campo da interação. Antes considerava-se que esse campo era oco ou vazio, por causa da dicotomia que a psicologia clássica estabelecia entre o indivíduo e a sociedade. Estudava-se o indivíduo isoladamente e procurava-se compreendê-lo como tal, sem incluir nem mesmo seu mundo interno. Por conseguinte, podemos dizer que a psicologia clássica é uma psicologia abstrata sem conteúdo, sem drama, sem objeto, com funções separadas e isoladas do meio, com um método de estudo especial que é a introspecção referida a um diálogo vazio, sem incluir o diálogo com o outro dentro da pró-

pria pessoa e sem considerar o vinculo com os objetos internos. É principalmente ai que estamos trabalhando, no local onde antes existia uma dicotomia entre indivíduo e sociedade. A isso se deviam as discussões intermináveis sobre as caracteristicas dos campos da psicologia, da psicologia social, da sociologia e da sociopsicologia.

Segundo Lagache, o campo psicológico oferece ao investigador cinco classes principais de dados: 1) o *entourage* ou contorno. Este é concebido como uma totalidade, como um conglomerado de situações e de fatores humanos e fisicos que estão em permanente interação. A situação interpessoal estudada profundamente e que serve de modelo para todo tipo de investigação é a situação analitica. A interação entre analista e paciente em uma dada situação, em um meio e contorno determinados, reproduz mais ou menos as condições de uma situação experimental; 2) a conduta exterior espontânea ou provocada, acessível a um observador, com a ajuda ou não de instrumentos, que compreende as diversas formas de comunicação, em particular a palavra; 3) a vivência, ou seja, a experiência vivida, inferida pela conduta exterior e comunicada verbalmente pelo sujeito. Ela nos dá informações sobre os aspectos psicológicos da existência. Anteriormente, estabelecia-se uma divisão entre conduta exterior e vivência, duas correntes psicológicas que disputavam a supremacia de uma ou da outra. O behaviorismo levava em consideração apenas o aspecto exterior da conduta, enquanto que a psicologia fenomenológica existencial leva em consideração a vivência. Tudo isso como se não existisse relação entre conduta e vivência, como se não formassem um todo em um determinado momento, no aqui-agora de qualquer situação. A tarefa fundamental do psicólogo, do sociólo-

go e do psicanalista é a investigação no aqui-agora de uma determinada situação, aquilo que está acontecendo; 4) as modificações somáticas objetivas surgidas em uma determinada situação; 5) os produtos da atividade do sujeito, tais como um manuscrito, uma obra de arte, um teste psicológico, um relato, etc. De modo que o campo psicológico estuda o contorno, a conduta exterior, a vivência, as modificações somáticas e os produtos da atividade do sujeito. Estes cinco elementos podem ser vistos e estudados na situação analítica.

O paciente traz seu contorno dentro de si para a análise; no consultório do analista entra uma série de personagens que devem ser estudados. Olhar é escutar, considerar o indivíduo e seu meio em permanente interação. Não é possível explicar aquilo que acontece com um sujeito se não levarmos em conta essa situação. Aquilo que o paciente vive na situação transferencial é vivenciado em um determinado contorno com o analista, em um aposento determinado e com objetos particulares, que podem ser modificáveis ou não. Ao formular as interpretações, é preciso levar em conta a conduta exterior do paciente, por exemplo, a abertura de uma sessão pode ficar determinada pela maneira do paciente entrar, cumprimentar, sentar-se, etc. Se nos atrevermos a construir uma fantasia sobre aquilo que está acontecendo com o paciente quando ele entra na sessão, teremos, então, a possibilidade de possuir um esquema referencial para o resto da sessão, sem que isso implique que nos submetamos à nossa primeira hipótese no decorrer da entrevista. No processo de interação com o paciente, a linguagem, a palavra, a comunicação verbal é fundamental, mas também é fundamental a linguagem pré-verbal, através dos gestos e das atitudes.

Durante a evolução da psicanálise deu-se pouca importância ao corpo, apesar de a psicanálise ter partido do corpo, porque o ponto de partida de Freud foi a histeria, e através das conversões histéricas Freud construiu sua psicologia. Mas, muito depressa, limitou-se a um tipo particular de conversões histéricas e o resto da área 2, ou corpo, foi descuidado. Por essa razão algumas doenças, como a hipocondria, não receberam uma atenção especial. Isso porque não se encontraram significados nas modificações do corpo até se introduzir a noção de objeto interno colocado na área 2. Quer dizer que determinadas fantasias de objetos que atuam dentro do corpo e estão situadas em determinados órgãos representavam o conteúdo latente da doença hipocondríaca. Também podemos dizer que o depressivo ou o melancólico é um paciente que possui um perseguidor interno muito severo, que se queixa permanentemente de sua conduta, enquanto que o paranóico se queixa de um objeto exterior que o persegue e o maltrata. Esta metabolização do objeto, que pode estar situado na área 1 – como na melancolia -, na área 2 – como na hipocondria –, ou na área 3 – como na paranóia – indica as três possibilidades de manejo dos objetos e as três dimensões nas quais podem estar colocados. É claro que tudo isso está implícito na obra de Freud, mas não está assinalado como uma sistemática de ver, de sentir e de explicar nas três áreas, em si mesmo – como trabalhador, como analista – e no paciente.

Na formulação de uma interpretação no nosso campo de trabalho diário, os elementos fornecidos pelo contorno, pela conduta exterior, pela vivência, pelas modificações somáticas e pelos produtos da atividade do sujeito são tomados como indícios permanentes de uma ativida-

de latente. Nossa tarefa é retraduzir todas essas informações, toda essa codificação feita numa linguagem típica em termos de uma fantasia subjacente nesse momento do paciente.

Em psicanálise, sempre tentamos assinalar que, de certo modo, a teoria e a prática estão juntas, em permanente interação, através de um processo em espiral dialética. Quer dizer que teoria e prática se resolvem no campo da investigação, seja ela qual for, no próprio momento do trabalho operacional.

O analista que está ao mesmo tempo trabalhando e investigando, no momento anterior à formulação de uma interpretação, recorre ao uso de um esquema referencial que denominamos esquema conceitual referencial e operativo, com o qual constrói a interpretação com base na observação de todos os indícios obtidos nas cinco direções que assinalamos. Com esse esquema que denominamos E.C.R.O., e com os índices que obtivemos, construímos uma interpretação sobre aquilo que está acontecendo: se a formulamos ao paciente e, no momento em que a formulamos – que é o ato operacional –, já fizemos a síntese entre teoria e prática. Quer dizer, trabalhamos como observadores, captamos todos os indícios nas cinco dimensões e colocamos tudo isso dentro de nosso esquema, que é construído com nossos conhecimentos, com nossa história pessoal, com nossa auto-análise, com as leituras que fazemos, com as circunstâncias desse momento e com esse paciente em particular, que nos está recriminando, excitando ou angustiando de uma maneira especial com seus próprios conteúdos. A interpretação que construímos é uma resultante da mistura de tudo isso. Nosso instrumento de trabalho é nosso esquema referencial, é um es-

quema dinâmico e plástico no sentido de que é preciso se atrever a retificá-lo ou ratificá-lo a cada momento e em cada passagem da espiral. Ampliamos o conhecimento adquirido através da interpretação que acabamos de fazer, avaliando-a no nosso emergente por meio de critérios operacionais para determinar se foi operante ou não. Esse processo ocorre várias vezes durante a sessão analítica, cada vez que intervimos: aí teoria e prática se fundem definitivamente em uma relação dialética em permanente interação. É o conceito de práxis.

Outra das aparentes contradições ou antinomias que é preciso resolver, além da antinomia entre teoria e prática, é a antinomia entre normal e patológico. Aqui a contribuição de Freud é fundamental. Basicamente são relações de quantidade e, mesmo que certas quantidades se transformem em qualidades, podemos falar de passagens quantitativas do normal ao patológico.

É fundamental aplicar um princípio básico de investigação psicanalítica: o princípio da continuidade genética. Quer dizer que todo fenômeno que se manifesta hoje tem sua história no sujeito que o está manifestando. Por essa razão, entre o normal e o patológico as variações são predominantemente quantitativas. Quando essa variação quantitativa se estabiliza e, em um dado momento, se transforma em qualitativa, fazemos diagnósticos diferenciais entre certas quantidades que, expressas fenomenologicamente em um dado momento, se transformam, em um outro momento, em qualidades diferentes.

Outro sistema de antítese é aquele que se estabelece entre conduta e consciência, como se ambas não formassem uma totalidade. Quanto à conduta e consciência, a contribuição fundamental foi dada pela psicologia da *Gestalt*.

sobretudo por Kurt Lewin, que trabalhou especificamente para demonstrar a unidade entre conduta e consciência.

Outra antítese é aquela que se estabelece entre consciente e inconsciente. Também é clássica a dicotomia entre psique e soma. Já assinalamos a contribuição psicanalítica formulada nos últimos anos com o estudo do fenômeno da dicotomia entre o psíquico e o somático interpretando-o como um mecanismo de defesa. Como se o ser humano nos seus primeiros tempos tivesse vivido e se sentido como uma totalidade, e a divisão entre mente e corpo fosse um produto secundário, um mecanismo defensivo que tende a resolver na área 1 ou na área 2 seus conflitos psicológicos. Por um lado, pode-se estabelecer a dicotomia entre as áreas 1 e 2 e, por outro lado, se estabelece a dicotomia entre o indivíduo e a área 3. Vemos, então, que as três áreas estão em permanente interjogo. A divisão entre as áreas 1, 2 e 3 é uma divisão fenomênica, no sentido de que em um dado momento pode se produzir, predominantemente, na área 1, na área 2 ou na área 3.

Para que uma interpretação possa ser a melhor possível no sentido operacional, deve proporcionar ao sujeito uma visão em totalidade de si mesmo, em seus três campos, e incluir elementos inter-relacionais entre os objetos colocados nas áreas 1, 2 e 3.

Outra dicotomia, que na realidade se estabilizou e dificultou seriamente o progresso da psicologia e da sociologia, foi a divisão estabelecida entre indivíduo e sociedade. A sociedade está dentro e está fora, mas a sociedade que está dentro o está de uma forma particular para cada indivíduo. Essa é a diferença que existe entre uma concepção dialética da relação entre sociedade e indivíduo e uma relação mecânica entre indivíduo e sociedade. Podemos le-

var em conta a ação do meio sobre um indivíduo, bem como a ação do indivíduo sobre o meio, e isso em uma contínua espiral dialética.

Quanto às dimensões da temporalidade, podemos ver como em cada ação do sujeito, em cada conduta, em cada coisa que ele faz ou diz, em cada momento, etc., sempre estão incluídos seu passado, seu presente e seu futuro. O paciente na sua sessão de análise está reproduzindo conosco, na situação transferencial, uma pauta de conduta anterior. A relação que ele estabelece nesse momento conosco tem, obviamente, sua história no indivíduo, que tenta resolver um problema ou elaborar um projeto para o futuro por meio da repetição. As direções temporais da interpretação sofreram modificações no decorrer do desenvolvimento histórico da psicanálise. Freud, por exemplo, utiliza principalmente a investigação histórica; Jung e os psicanalistas existenciais, ao contrário, orientam-se sobretudo pela dimensão futura, enquanto que o trabalho na dimensão presente é produto da influência da psicologia da estrutura dirigida principalmente por Kurt Lewin, sob a influência da psicologia da *Gestalt*, da noção de campo psicológico e da noção de interação. A análise sistemática do emergente permite-nos retraduzir aquilo que está acontecendo nesse momento com o paciente. E, por meio da análise do emergente, investigamos aquilo que está condicionando a atitude e a conduta do sujeito nesse momento. Se nos referirmos a outro momento estaremos fazendo história, estaremos fazendo reconstrução. Isso, naturalmente, é válido e serve para fundamentar uma teoria da doença, mas aquilo que nos interessa nesse momento é contribuir para a investigação das motivações que orientam a conduta atual e presente do indivíduo e trabalhar

mais profundamente com uma teoria da conduta. Se reunirmos todos os momentos da investigação poderemos reconstruir integralmente a história individual de um sujeito, mas não estaríamos fazendo um trabalho psicanalítico clínico, mas sim um trabalho psicanalítico aplicado. Quer dizer, está fora do contexto direto do paciente. Se atuarmos nesse contexto, poderemos modificar seu campo psicológico criando um campo operacional onde poderemos operar de forma ativa. A situação transferencial é uma situação particular criada, em certa medida, pelo psicanalista, com base numa disposição do paciente em repetir nas relações humanas, com os outros, determinados padrões de conduta. Nós demarcamos a situação na relação transferencial e trabalhamos nessa dimensão. A psicanálise é isso, e tudo o que não é isso deixa de ser psicanálise clínica; pode ser psicanálise aplicada, selvagem, ou qualquer outra coisa.

A última dicotomia que vamos analisar é a dicotomia constitucional e adquirida. Quem mais insistiu no tema do constitucional e do adquirido, do endógeno e do exógeno, etc., foram os médicos e psiquiatras. Todos esses conceitos são herdeiros da velha dicotomia indivíduo e sociedade. Quando, subitamente, aparece em um paciente um emergente psicótico sem que possamos compreender aquilo que está acontecendo em seu contorno, denominamo-lo endógeno. Endógeno é o nome que lhe atribuímos por ignorância. Diremos a mesma coisa se exagerarmos o aspecto exógeno e considerarmos, mecanicamente, a ação de determinadas situações sociais como responsáveis pela produção de determinados efeitos. Se não levarmos em conta o fator interno e a maneira pela qual essa realidade é vivenciada por esse sujeito em particular, de acordo

com sua história pessoal, estaremos ignorando o fundamental, a reação particular desse indivíduo diante de uma determinada situação. É muito interessante observar que por trás desses conceitos existem ideologias. Uma pessoa que tem inclinação por uma atitude constitucionalista tem uma visão particular do mundo, uma visão não progressista, reacionária e arcaica, enquanto que uma pessoa que admite a ingerência ou a vigência de fatores adquiridos, de fatores atuais, tem uma visão mais progressista no sentido das transformações, atitude que é fundamental que se tenha diante do paciente. Pelo contrário, o conceito de constituição criaria nos psiquiatras que apóiam tal atitude uma modificação severa em sua própria vida pessoal, que começa por estar fixa e estabilizada. É essa ideologia que, em grande parte, tem condicionado a atitude para com o doente mental durante os últimos anos. São os conceitos de asilo, de hospitais psiquiátricos com sua estrutura particular, de consultórios externos com aventais brancos, etc., que, por sua vez, são conseqüências da ideologia constitucionalista. Lagache diz que a psicologia contemporânea revela uma tendência nítida para tomar como ponto de partida a articulação de realidades, e não a oposição de conceitos. O conceito de articulação foi muito empregado em psicologia, mas continua sendo um resto da velha dicotomia, já que indica uma separação. De modo que falar de articulação entre as realidades ainda é um conceito mecânico, porque no conceito de articulação não está incluída a relação dialética entre as estruturas, mas apenas configura a passagem.

O progresso da psicologia médica contribuiu para salientar a interdependência entre o organismo e o meio. O conceito de interdependência e de atividade de intercâm-

io entre os campos é um elemento que tende a tornar operacional o conceito de articulação. Surgem, assim, as disciplinas interdisciplinares que chegam a se transformar em especialidades. O primeiro país onde isso aconteceu oficialmente é a Iugoslávia, onde existem especialistas coordenadores entre determinados departamentos, entre determinadas estruturas. Nos EUA existe uma sessão interdepartamental ou interministerial. Em cada departamento ou em cada ministério existe uma sessão encarregada dos enlaces com os outros departamentos ou ministérios para qualquer coisa que seja.

Voltando ao campo da psiquiatria, podemos dizer que a psicologia médica contribuiu especialmente para pôr em relevo o problema da interdependência. Desse modo, chegou a elaborar conceitos que permitem eliminar a dicotomia organismo-situação integrando as duas noções em uma representação de conjunto. Anteriormente, estudava-se separadamente o organismo e a situação, enquanto que agora o que interessa é a interação entre ambos. Psicologia é precisamente isso: a descoberta da interação. Essa necessidade responde à noção de campo psicológico e à de campo das interações do organismo e do meio. Essa teoria de campo foi sistematizada e desenvolvida por Kurt Lewin, como já assinalamos. Nela se enfatiza a idéia de que as condutas não dependem somente do organismo e do meio, mas da interação entre ambos. As tendências podem ser representadas com vetores que mostram a direção e a intensidade. O sentido de um grande número de tendências é dado pela aproximação, enquanto que o sentido de outras o é pela fuga. Tais tendências são representadas em termos de valências positivas ou negativas. Essa psicologia topológica e vetorial presta-se, particularmente,

ao estudo experimental dos conflitos. É topológica no sentido de campo, e é vetorial no sentido de direção. Na origem da personalidade, no desenvolvimento da conduta, as relações de tipo pessoal são os fatores de maior importância. Essa noção de interação é fundamental, já que indivíduo e meio estão em permanente interação. Uma pessoa não se pode representar uma conduta sem a estabelecer em relação com o outro. Mas, em última instância, a conduta é compreensível na medida em que incluímos o mundo interno e os vínculos com os objetos internos.

Podemos dizer que não existe uma situação que não seja situação "para um organismo", nem organismo que não esteja em situação. A noção de campo psicológico formulada por Kurt Lewin designa a interação entre organismo e meio como o próprio objetivo da psicologia. Podemos entender o desenvolvimento da personalidade como um processo de socialização progressiva. O problema da representação do outro e das relações com o outro, bem como o problema da comunicação, chegaram a ser os mais representativos na psicologia contemporânea. Nesse sentido, Lagache afirma que a psicologia tornou-se mais sociológica e que a sociologia tornou-se mais psicológica. Essa tendência está confirmada pelo desenvolvimento da psicologia social, cujos objetivos específicos são as interações entre os indivíduos e os grupos.

6. *Vínculo e identificação introjetiva e projetiva*

As psicoterapias breves poderão ter um fundamento ou uma possibilidade de aplicação na medida em que utilizem conceitos como o de vínculo, que pertence ao campo psicossocial das relações interpessoais. Esses conceitos, que são estruturas, nos permitirão resolver no paciente suas dificuldades de relação interpessoal, isto é, suas dificuldades de comunicação. Através do vínculo toda a personalidade do sujeito se comunica; mas, se uma personalidade está dissociada, tem dois vínculos, duas pautas de conduta. Se descrevermos esses dois tipos de vínculo, se os trouxermos ao campo operacional e trabalharmos profundamente com eles, utilizando os conhecimentos prévios que temos a respeito dessa estrutura, estaremos aproveitando a ciência da interpretação e não a arte de interpretar. Quer dizer, se, por meio de uma prática determinada, sabemos que o vínculo se configura de um modo e com uma importância particulares e que orienta a conduta do paciente, e se também sabemos que é possível que esse paciente, ou, na realidade, todos os pacientes tenham certo grau de divisão, poderemos trabalhar levando em

conta esses dois *patterns* de vínculos. Tudo depende do contexto social em que esse vínculo está se configurando e enriquecendo. Surge, desse modo, a possibilidade de analisar essa situação e de trazê-la diretamente ao campo transferencial. Desse modo, abre-se a possibilidade de se tratar do agrupamento mais difícil de pacientes, as personalidades psicopáticas, que, numericamente, são a maioria. É através dessa situação, da relação social e do vínculo, que se manifesta a psicopatia. A psicopatia pode ser definida em termos de um vínculo particular com determinados objetos, em que as fantasias inconscientes são atuadas aí, nesse contexto, sem que o sujeito tenha consciência. Quer dizer que o psicopata não tem consciência de sua atuação psicopática porque se comunica com projeções fundamentalmente estabelecidas sobre a realidade, o que determina que sua relação seja ao "lado" ou "no costado" dela. A conduta na situação transferencial é, nesse sentido, uma conduta psicopática. O paciente está atuando como uma criança ou como um bebê, sem que tenha, nesse momento, uma noção exata do que está atuando, fazendo ou exigindo em relação a seu analista. Essa é uma situação favorável à operação por estar dentro da situação. O psicopata estrutura um tipo de conduta transferencial em sua relação com o mundo, relação esta que é excessivamente rígida e estereotipada, porque quando organiza um tipo de adaptação, dificilmente a abandona. Isso ocorre porque lhe custou muitos anos poder chegar a configurar esse tipo de adaptação que lhe garante um tipo particular de relação com o mundo, ao mesmo tempo que lhe permite a não-percepção de seus defeitos. Então, a investigação do vínculo como uma estrutura a ser realizada na sessão psicanalítica tem uma importância particular nesses

casos de distúrbios do vínculo da conduta e de distúrbios no campo social.

Devemos tentar conseguir que o paciente seja o mais explícito possível no vínculo com o terapeuta, pois na medida em que, o implícito se transforma em explícito, reduz-se uma grande margem de desadaptação social. Podemos dizer que, se uma pessoa é capaz de se comunicar com outra no momento e na situação oportunos, ou seja, na situação espaço-temporal adequada, é porque tem uma boa capacidade de adaptação. Mas, se a sua comunicação se faz com um transtorno espaço-temporal, quer dizer, fora ou ao lado da situação, está atuando como o analista que interpreta fora do campo operacional.

Podemos definir o analista como selvagem, ou definir nossa atitude como selvagem, quando em um dado momento de nosso trabalho realizamos uma interpretação ao lado. Podemos também definir essa conduta como uma conduta psicopática, no sentido de que não nos fixamos no emergente do paciente, que é a realidade concreta na qual devemos prestar atenção, e o interpretamos em função de um esquema que temos dentro de nossa mente, tentando colocá-lo dentro do outro de modo a lhe impormos nossa situação. O psicopata é um sujeito que está sempre em uma atitude de liderança, em uma atitude demagógica, "trabalhando" as pessoas ou controlando-as, mas sem ter uma comunicação direta com o outro. A diferença entre uma comunicação um pouco ao lado e uma comunicação totalmente ao lado é um problema de quantidade. Temos, então, os diferentes graus de psicopatia, chegando aos casos extremos que os psiquiatras clássicos classificam como condutas imotivadas. Na realidade, tais condutas não são imotivadas, mas sim inadequadas, porque não há nada que não esteja motivado na vida mental.

Os conceitos de papel e vínculo são dois conceitos que se misturam muito. Uma terapia orientada nesse sentido deve estudar a estrutura do vínculo e os diversos papéis que o terapeuta e o paciente se atribuem e assumem nessa situação, como repetição de uma situação passada. Isso quer dizer que na situação do vínculo sempre se inclui o papel. A compreensão do outro em termos de papel nos proporciona uma possibilidade para poder entrar na situação e compreendê-la.

Os filmes de *cowboy* onde alguns representam o papel de bons e outros o de maus nos aproximam da posição esquizóide. O filme de *cowboy* é protótipo nesse sentido, pois não se consegue concebê-lo sem o par bom-mau desde o início. Na realidade formam grupos. Os bons e os maus formam bandos. Formam grupos sociais nos quais se colocam problemas de liderança. Desse modo, um filme de *cowboy* pode ensinar psicologia social. Levantam-se problemas, por exemplo, de agrupamento, de casuística do grupo, de liderança, de agressão, de rivalidade, etc. O agrupamento é necessário para que se saiba quem são os amigos e quem são os inimigos. O problema da lealdade no grupo é um problema fundamental de proteção do grupo em face dos perigos do exterior. Assistir a um filme de *cowboy* transforma-se em um método de aprendizado. Em um cinema onde crianças estão assistindo a esse tipo de filme vemos, imediatamente, que elas se dividem: umas batem com os pés, gritam, atiram, etc., enquanto outras ficam paralisadas. Todos nós sabemos que o cinema é uma representação na qual os atores estão desempenhando um papel, quer dizer, todos nós estamos conscientes de que existe uma distância entre a máscara que aparece ali e a pessoa real. Trata-se de pessoas que têm a

profissão de representar papéis para entreter os outros. Mas aqui surge um problema importante, o problema da confusão entre a pessoa real e o papel que ela representa, quer dizer, entre a pessoa real e a pessoa que ela tenta representar. Se não provocasse esse engano clássico, o espetáculo perderia seu interesse, pois, se fosse estabelecida uma situação de discriminação entre o papel e a pessoa, o estado emocional esfriaria e dificultaria um determinado tipo de identificação, seja com o bom, seja com o mau. É importante analisar esse problema a partir da plateia, quer dizer, saber se nós, como público de um espetáculo, estamos dentro ou fora da situação. Diante de um espetáculo a pessoa sente uma emoção dentro de si. E, se acontece dentro da pessoa, é porque ela trasladou a situação para dentro de si, porque internalizou certo tipo de vínculo estabelecendo um determinado tipo de relação.

Ante um espetáculo existem dois tipos de identificação que condicionam as duas estruturas básicas. Aquele que atua como o que está na tela faz uma identificação introjetiva: nesse momento, ele mesmo é o herói, o bandido ou seja o que for. E não só repete, mas antecipa, atuando como o amigo que avisa ao outro que vão lhe fazer alguma coisa, gritando ou entrando em ação, por exemplo. Faz, então, uma identificação dentro de si mesmo, transformando-se parcial ou totalmente ao se identificar com o outro. Se, por exemplo, o espectador fosse ao espetáculo vestido de cowboy, com suas pistolas, poderíamos dizer que está preparado para absorver a imagem do herói e disparar também. Podemos dizer que ele está pronto para absorver dentro de si o personagem que vê na tela, transformando-se total ou quase totalmente nesse personagem. O movimento se dá da tela para dentro e, depois, ele entra

em atuação como se fosse um psicopata. Se víssemos uma criança ou um grupo se comportar desse modo sem o estímulo do filme, diríamos que se tratava de uma criança ou de um grupo louco já que não observamos sua conduta relacionada a estímulos reais externos. Também podemos observar certas condutas análogas nos fenômenos coletivos de tipo religioso.

Ao sair de um cinema depois de assistir a um filme de *cowboy* também vemos as crianças divididas em dois grupos: umas são os *cowboys* e outras são os índios. Quer dizer, absorveram de tal modo o objeto introjetado, que materializam atitudes e condutas. Nesse caso, aquilo que funciona neles é a identificação introjetiva e, como resultado dessa identificação, assumem um determinado papel. O papel se caracteriza por ser transitório, ou mais ou menos transitório, e por ter uma função determinada, que aparece em uma situação determinada e em cada pessoa em particular. Cada um de nós tem a possibilidade de desempenhar papéis diferentes. Quer dizer que podemos assumir um determinado papel, aqui como docente, ali como psicanalista, em casa como pai, ou como companheiro, etc. Dependendo da maneira como enfrentamos determinados contextos concretos tomamos determinadas atitudes, que se chamam papéis. A assunção desses papéis pode exigir dois tipos de processos. Por um lado, podemos assumi-los consciente e voluntariamente; por outro, quando o ambiente ou os outros nos adjudicam um determinado papel, podemos assumi-lo de forma inconsciente. Nas relações sociais ocorre um intercâmbio permanente entre a assunção e a adjudicação de um determinado papel. Voltando aos diversos papéis que as crianças podem assumir no cinema, havíamos assinalado que entre elas exis-

tiam também as que ficavam paralisadas. Nesse caso podemos dizer que a criança se imobiliza porque faz uma identificação introjetiva com uma imagem fraca, indefesa ou assustada. As crianças que realizam esse tipo de identificação introjetiva com um personagem fraco apresentam uma estrutura masoquista, porque absorvem a pessoa que está em perigo.

Ante um espetáculo, outra maneira de comportar-se, que se aproxima mais de um comportamento normal, é a identificação projetiva. O espectador não tem o personagem dentro de si mas se coloca em cena. É a possibilidade de seguir a ação com uma divisão esquizóide, assumindo os papéis no exterior, colocando-se no mundo.

Podemos dizer que, na medida em que fazemos uma identificação introjetiva, experimentamos emoções exageradas: choramos facilmente, assustamo-nos, sentimos o perigo intensamente, etc. Na identificação introjetiva ocorre a associação com a história pessoal da pessoa, que reforça a situação emocional do momento. Em determinadas classes sociais considera-se que a identificação introjetiva aparece com maior freqüência em pessoas simples e de pouca inteligência. A identificação projetiva é aquela que permite à pessoa seguir o espetáculo permanecendo como espectador. A distância entre o personagem e a própria pessoa é grande, enquanto na identificação introjetiva o personagem e a própria pessoa se confundem. Na identificação projetiva uma parte da pessoa se mantém como espectador da outra parte da pessoa, que se atreve a misturar-se na cena entre os personagens e na ação. A emoção logo é devolvida quando eu percebo o que está me acontecendo ali, em cena, através da identificação projetiva: então, eu me emociono diante do meu

espetáculo que está ali. Isso é o que permite a uma pessoa permanecer tranqüila diante de um espetáculo mais ou menos angustioso e emocionante. Contudo, se a identificação projetiva fracassa, temos a indiferença, quer dizer, a impossibilidade emocional de se colocar ali, o que pode ocorrer por muitas razões. Podemos dizer que se a pessoa reage com indiferença é porque fracassou na possibilidade de assumir um papel. Se ela tem um bloqueio emocional mais ou menos crônico, qualquer enfrentamento que deva fazer com a realidade estará viciado pela impossibilidade de se colocar no outro. Todas as nossas relações com os outros estão fundamentadas no interjogo de assumir e adjudicar papéis. A mesma coisa acontece na terapia psicanalítica. Durante o tratamento ocorre uma série de situações nas quais o analisando adjudica determinados papéis ao analista, como o de pai, mãe, chefe, amigo, inimigo, etc. O principal vício da situação analítica, e o mais grave que um analista pode experimentar, é a impossibilidade de assumir o papel que o analisando lhe atribui. Porque, através de assunção do papel, o analista pode compreender o tipo de vínculo que seu paciente está querendo estruturar.

Por outro lado, o conhecimento científico da situação do vínculo possibilita a previsão do que vai acontecer na sessão. Tudo aquilo que possamos conhecer sobre o que está acontecendo se transforma automaticamente em algo operacional. Ou seja, o essencial da operação é o esclarecimento dos papéis. Se durante sua tarefa o analista utiliza a assunção de um determinado papel, o emergente que aparece nele nesse momento lhe proporciona o conhecimento daquilo que está acontecendo entre ambos.

A psicoterapia analítica é aquela que assinala estrita e rigidamente o problema sem a atuação, quer dizer, só es-

clarecendo. A terapia de apoio, por sua vez, ou qualquer outra terapia, utiliza o conhecimento da assunção do papel para cumprir a missão que o paciente lhe está adjudicando, mesmo nos casos em que o analista assume o papel de forma inconsciente, sem ter um claro conhecimento disso. Na medida em que o analista desempenha o papel que o paciente lhe adjudica, fecha-se um círculo vicioso, pois quem continua dirigindo a situação é o paciente. Se, nessa situação, o analista é utilizado para desempenhar um papel protetor, seja de mãe, pai, etc., solucionando coisas na realidade, dizemos que não é uma terapia analítica ou, pelo menos, não é um momento de terapia analítica. Embora possa ser uma terapia digna e proveitosa, nesse momento é outra coisa. É uma psicoterapia baseada na assunção de um papel e na conduta do analista como figura executiva desse papel, que ajuda a resolver situações de ansiedade no paciente, especialmente se for acompanhada de certa interpretação. Neste caso não se esclarece mas, em certa medida, se repete. Mas essa repetição pode ser proveitosa porque, se a experiência anterior do paciente com um determinado personagem foi negativa, pode haver agora, no presente, uma retificação, na medida em que ao adjudicar um papel bom ao psiquiatra, este, com sua conduta de pessoa boa, proporciona ao paciente uma experiência atual que pode retificar a situação de frustração anterior. Por essa razão, causa surpresa observar que um paciente tratado desse modo pode se modificar consideravelmente.

Assim se explicam vários aspectos da conduta social no sentido de que todos os dias temos contato com pessoas a quem adjudicamos papéis e, evidentemente, a realidade vai se tornando mais tolerável na medida em que

encontramos pessoas que cumprem nossas consignas*, que nos frustram menos do que as pessoas de nossa história anterior.

Aquilo que em psicanálise se denomina contratransferência também pode ser compreendido através do conceito de papel. Podemos esclarecer uma grande quantidade de problemas no sentido de que o que aparece diante de alguém em um determinado momento, quer dizer, um emergente determinado, está relacionado ao fato de haver assumido ou de haver adjudicado um determinado papel. Nossa maior responsabilidade é diante de nós mesmos, já que devemos descobrir o significado desse emergente contratransferencial e transmiti-lo ao paciente nesse sentido. Quer dizer que, se o trabalho se faz em um sistema de espiral em movimento contínuo, todos os emergentes que aparecem em nós estão em relação com os emergentes do paciente.

---

* O termo consigna foi mantido nesta tradução com o sentido de preservar conotações importantes que acompanham o seu uso no original, como atribuição de expectativas ao outro, formulação de instruções, [illegible] da esperança de prognóstico em relação à conduta do outro, [illegible] de identificação do "in group". Em português, os termos que mais se aproximam do sentido que a palavra consigna tem são: senha, instrução, [illegible] (N. do R. T.)

7. Vínculo e unidade dialética de interação

Nosso objetivo é fazer do campo operacional da análise um campo de investigação científica. Queremos aproximar, o mais possível, o campo operacional da análise do campo operacional da psicologia experimental. Um dos modos de aproximação do campo psicológico é a observação natural, que tem a característica de não ser uma operação previamente enquadrada, mas sim uma observação mais ou menos livre diante de um fenômeno que está acontecendo. Na realidade, mesmo nesses casos o observador tem um enquadramento interno. Um dos erros que ocorrem mais comumente é a observação mediante um esquema prévio e rígido daquilo que está acontecendo no campo da observação. Nesse caso, trata-se de uma especulação, no sentido de que, com experiências anteriores e sem levar em conta realmente o aqui-agora, constrói-se uma teoria sobre o suceder desse momento. As interpretações são hipóteses de trabalho em função daquilo que se observa que está acontecendo no campo analítico.

A observação natural pode ser intensiva e extensiva, mas, em geral, a observação intensiva já é uma observa-

ção clínica no sentido de que é uma observação formulada com um enquadramento interno e externo.

Atualmente é possível fazer experiências de psicologia experimental ou de psiquiatria experimental graças à técnica introduzida por Kurt Lewin, na qual o objeto de observação em um determinado campo pode ser um, dois, três homens ou um grupo determinado. As diversas maneiras de se aproximar de um paciente só podem ser compreendidas em termos de vínculo. Para cada pessoa submetida a uma investigação, essa investigação tem um contexto determinado, não só o contexto externo, dado pelo enquadramento da experiência atual, mas também o contexto interno, que tem sua própria história.

Nos primeiros tempos da psicologia, quando ainda não se levava em conta o enquadramento interno do investigador, a observação natural foi um dos métodos mais usados. Era uma investigação chamada livre, que estava relacionada com a atitude do psicólogo, o qual atuava com uma liberdade particular em sua observação, que por sua vez determinava sua atitude em relação ao trabalho.

Se realizarmos um estudo profundo de qualquer tipo de situação, chegaremos à conclusão de que o observador é sempre participante. Discutiu-se, com freqüência, a questão sobre observadores participantes e não-participantes e, em especial, sobre a maneira pela qual o observador participa e como modifica o campo de observação. Na realidade, é completamente diferente quando num campo está trabalhando um observador com características x ou y, por exemplo: um homem ou uma mulher, ou um japonês ou um italiano, ou um homem de ideologia de esquerda ou de direita, etc. Isso constitui uma prancha de Rorschach para o paciente. É preciso pensar sempre que o que se apre-

senta ao sujeito investigado na primeira aproximação é como uma prancha de um teste. Por essa razão, o emergente dessa investigação, nesse momento, terá características particulares, conforme a experiência e o tipo de personalidade de cada um. Isso também acontece com o observador. Quer dizer que se cria uma situação de interação entre observador e observado. As respostas sucessivas são influenciadas pelo tipo de contato que o investigador realiza com o outro. Quer dizer que tudo deve ser considerado em função da unidade de relação criada entre o sujeito e o objeto. Entre ambos cria-se uma situação de comunicação e interação, verbal ou não-verbal, que modifica permanentemente o campo de trabalho. Possivelmente, quem introduz o elemento mais importante é aquele que investiga, em razão da atitude que assume diante do paciente. Desse modo, cria-se entre ambos uma situação de contato.

Por exemplo, o estudo da esquizofrenia estancou-se por volta do ano 1920 porque na relação entre psiquiatra e paciente, ou entre esquizofrênico e mundo exterior, não se incluíram os conceitos de relação de objeto e de vínculo vistos a partir de fora. Posteriormente, descobriu-se que, na psicose, o vínculo, mesmo que esteja perdido com relação à realidade de fora, o mundo exterior, predomina, no entanto, num sentido de fora para dentro. Só com a descoberta da relação de objetos internos e externos em constante intercâmbio de introjeção e projeção e da existência de fantasias inconscientes permanentemente incluídas no processo da comunicação, é que se torna possível um manejo dessa situação por parte do psicólogo. Podemos dizer que quanto mais repetitiva for a conduta de um paciente, mais doente ele está, na medida em que

cipal foco de sua ansiedade. Podemos dizer que tais psicólogos acreditavam no efeito mágico da prancha, além do Rorschach, do T.A.T. ou outras técnicas. Talvez a ansiedade de não traumatizar o paciente esteja baseada na situação contrária, no grande interesse de se colocar dentro do outro para poder descobri-lo e controlá-lo. Nesse caso, podemos dizer que dois indivíduos estavam se enfrentando, um com a finalidade de se colocar dentro do outro, de penetrá-lo, e o outro com a finalidade de evitar essa penetração. Isso é observado com maior freqüência em sujeitos com ansiedades paranóides, quer se trate do paciente ou do psicólogo que aplica o teste. Entre ambos pode se criar uma situação em que entrem em competição com o fim de se defenderem. Quando o sujeito que vai ser examinado tem uma história pessoal em que se evidencia um grande desejo de ver a si mesmo, projetará isso no psicólogo durante a aplicação do teste. Então, o grau de temor de ser descoberto experimentado pelo paciente é tão grande que podem aparecer nele sintomas paranóides, assim como fantasias de destruir o observador e a prova.

É importante assinalar que interpretar tem um significado diferente para cada um de nós. Isso faz com que seja necessário analisar as fantasias do analista bem como sua situação no campo operacional e suas dificuldades no campo perceptivo. A situação contratransferencial começa, então, a ter sentido. Aqui podemos descrever como às vezes, em nosso trabalho, sentimo-nos mais dispostos a analisar em um determinado vetor do que em outro e com um determinado paciente. Isso é tão importante, que se torna necessário ampliar progressivamente nosso campo de observação e de operação. Existe a possibilidade de formar melhores operadores no campo da análise se incluirmos a análise dos vínculos estabelecidos entre o pa-

ciente e o psicanalista e vice-versa, e, ao mesmo tempo, a análise do esquema referencial que utilizamos para nos aproximar do paciente. A maneira de configurar a interpretação, a forma de administrar a interpretação, o momento escolhido e, por assim dizer, a passividade ou a violência com que se administra a interpretação, dependem da fantasia do ato de analisar que o terapeuta tenha nesse momento. Em certa medida, o analista repete um papel que lhe foi adjudicado ou que assumiu em sua infância ou em outro momento de sua história. Cada papel tem uma história pessoal. Geralmente o papel é retomado na situação analítica e pode chegar a funcionar com certa autonomia na psicose. Na medida em que um papel anterior, superado, reprimido, ou elaborado de outro modo volta a se recriar, ocupando a atividade central do eu e determinando no sujeito uma conduta desconhecida para ele mesmo, nesse momento surge a vivência de enlouquecer, até que, pouco a pouco, o sujeito é totalmente invadido. Adquire, então, as características de um personagem que já havia desaparecido da cena interior do paciente. Aquele que observa esse processo pode ter diante dessa troca de papel a vivência de enlouquecer. É como se surgisse novamente aquele personagem que já havia desaparecido do contexto da vida desse sujeito, apresentando-se de surpresa, como uma pessoa que está representando e cumprindo funções relacionadas com uma idade muito longínqua. Podemos dizer que há uma volta do que estava reprimido. Na realidade, o sujeito está administrando um papel e, então, a diferença entre a idade cronológica e a idade em que se mostra, de repente, durante a crise, faz com que essa vivência apareça como uma coisa demoníaca, como uma coisa de possessão sinistra. Em seu estudo sobre o sinistro, Freud vincula a vivência do sinistro ante

a loucura a uma reaparição, uma redescoberta ou uma recriação de uma coisa que já fora superada e esquecida. Representaria a força dos fantasmas, como no caso de Hamlet, a volta do fantasma do pai. O paciente, repentinamente, pode ter a vivência do que já viveu diante de uma nova pessoa, porque colocou nela um objeto interno, estabeleceu um vinculo particular e recriou um papel nesse momento.

Cada um de nós, em nossa vida diária, desempenha papéis múltiplos, quer dizer, maneja diversos modos de lidar com os problemas. Os papéis que assumimos e os papéis que nos adjudicam podem ser muito contraditórios; por essa razão, uma pessoa atua de diversas maneiras. Na análise observa-se com freqüência que um paciente se comporta de uma determinada maneira dentro do consultório e de outra maneira fora, onde se revela muito diferente. Isso se deve ao fato de que a divisão da personalidade é um problema que só agora entrou francamente dentro da terapia, e isso nos permite explicar por que um sujeito pode desempenhar vários papéis. Mas é o grau de coerência entre os diversos papéis que nos indicará o grau de maturidade. O sujeito mais integrado é aquele cujos papéis têm uma seqüência e uma coerência interna. Isso acontece quando o sujeito centralizou seus diversos papéis naquilo que se pode denominar o núcleo existencial, dando uma coerência e um sentido à vida na medida em que os papéis não são tão diferentes. Em compensação, quando a divisão determina a assunção de papéis muito diferentes, dizemos que a pessoa tem personalidades múltiplas.

É importante retomar o estudo da personalidade levando em conta seus mecanismos de divisão, a assunção e adjudicação de papéis e a coerência dos mesmos.

8. Vínculo e dialética da aprendizagem

A concepção dialética nos coloca o fato de que não existe nenhuma contradição entre uma situação fechada e uma situação aberta, uma vez que se trata de situações transitoriamente fechadas e transitoriamente abertas, ou sucessivamente fechadas e abertas, criando-se situações em espiral. Todas as perturbações do desenvolvimento, sejam as neuroses ou as psicoses, se produzem precisamente por um estancamento do processo fechado. A situação, que deveria se abrir uma vez assimilado o material, continua fechada ao processo de incorporação de novas informações. Quer dizer que, em uma posição de desenvolvimento, uma situação de compreensão e comunicação pode se interromper e um *pattern* de conduta pode se repetir ante estímulos variados. Se essa repetição é sistemática e estereotipada falamos de personalidades psicopáticas em relação à conduta, particularmente quando apresentam rigidez e estereotipia. Podemos falar também da situação totalmente aberta, provocada por uma relação particular com o objeto a ser conhecido. Trata-se de uma fuga permanente do sujeito que está sempre aberto. É, por exem-

plo, o caso do comportamento maníaco ou da relação maníaca com o objeto, em que mal se sente prazer no objeto de conhecimento, já se passa a outro e a outro, sucessivamente. Quer dizer que incluímos aqui a concepção do fechado e do aberto da espiral dialética. Em termos de aprendizado podemos dizer que o processo terapêutico consiste basicamente em abrir o círculo vicioso e provocar a abertura para o mundo exterior.

Quando a ansiedade básica é a angústia agorafóbica, ou seja, o temor ante o espaço aberto, o sujeito não avança no conhecimento nem no aprendizado, pois a conduta empregada de forma estereotipada e regressiva permite-lhe obter apenas um equilíbrio neurótico, pelo fato de que diante de todos os estímulos sempre responde com uma mesma pauta de conduta. O neurótico é um especialista no emprego de uma determinada conduta regressiva infantil, que lhe dá segurança na medida em que lhe permite resolver a angústia desse nível infantil, evitando o crescimento. Quer dizer que nos encontramos com um não-desenvolvimento, com um não-crescimento, com uma não-maturação, com uma não-aprendizagem e com uma resposta invariável ou mais ou menos invariável diante da ansiedade agorafóbica, a qual pode se expressar seja na mente, seja no corpo ou na conduta. O outro tipo de angústia é a claustrofóbica, quer dizer, o temor de permanecer fechado muito tempo com o objeto de conhecimento. O sujeito tem necessidade de passar constantemente de um objeto a outro, pelo fato de o ato de conhecimento adquirir, para ele, um determinado significado, como, por exemplo, um significado agressivo, destrutivo, etc. O objeto de conhecimento representa, para o sujeito, a mãe, ou melhor dizendo, o corpo da mãe. O impulso de conhecer se denomina instinto

epistemofílico. A conduta epistemofílica caracteriza-se pelo desejo de conhecer o corpo da mãe, seu interior e seus conteúdos, para discriminar, a partir daí, sem a angústia de ficar aprisionado dentro do corpo, o quanto é para ele e o quanto é para os outros. Esta seria a fantasia da investigação, sua finalidade fundamental. Nesse sentido, podemos descrever a neurose como um distúrbio da aprendizagem, como uma determinada conduta que começa a ser estereotipada e a ficar em círculo fechado.

Se analisarmos os dois tipos básicos de pensamento, podemos dizer que o pensamento formal está representado por um círculo vicioso, enquanto que o pensamento dialético inclui o salto e a transformação de um emergente em outro, através de sucessivas passagens de um círculo fechado a outro. Quando o psicanalista intervém na relação terapêutica, a situação ideal seria aquela que proporcionasse a seu paciente uma interpretação que lhe permitisse aumentar a compreensão da perturbação e do estancamento em círculo vicioso que seu pensamento experimenta. Quer dizer, que lhe permitisse tornar conscientes os motivos inconscientes que lhe estão ocasionando dificuldade de passar de uma situação a outra.

Sendo assim, numa situação contratransferencial particular o analista pode sentir necessidade de receber apoio do paciente. É uma situação a dois, uma vez que, em certa medida, um e outro são sócios que procuram resolver uma situação em um deles, situação que, na realidade, já foi vivenciada previamente pelo outro, pelo analista. Se não o foi, não resta dúvida de que a relação de conhecimento entre ambos pode se perturbar. Em certo momento, o paciente nota que o analista tem uma determinada dificuldade, e pode sentir, através de uma resposta interpreta-

tiva, a necessidade de atuar por sua vez sobre o analista para prosseguir a tarefa.

A relação entre analista e paciente tem as caracteristicas da relação mãe-filho quando a comunicação foi estabelecida. Quer dizer que pode expressar sua compreensão com uma linguagem completamente privada e tanto mais distorcida quanto maior for o perigo de se interromper a comunicação. Ou seja, que em vez de se acionar com uma compreensão e uma explicitação maiores ante um perigo de ruptura, geralmente se reage com uma inexplicitação e distorção maiores para preservar uma situação que está em perigo. Esse processo de esconder quando a comunicação está em perigo limita a compreensão para aproveitá-la de outro modo, pois, se a entrega e a ruptura são totais, o paciente cairá em profunda depressão ao experimentar a perda do objeto.

A compreensão pode se fazer com base em uma linguagem referencial não-distorcida, que aparentemente não tem nada a ver. Podemos dizer que a distância entre a linguagem manifesta e a linguagem latente assinala os graus de telepatia ou de uma situação telepática, para empregar um termo conhecido. Não são informações extra-sensoriais como acreditam os parapsicólogos, mas sim sensoriais; porém, a percepção também é influenciada por elementos que geralmente não são levados em conta, como as atitudes corporais, os gestos, os movimentos, etc., que, como já sabemos, implicam estruturas representativas de toda a personalidade. Consegue-se, então, uma percepção em nível profundo, muito regressivo, embora utilizando percepções no aqui-agora com o sujeito que observa.

A psicanálise é a transformação de uma situação de "implicitude" em uma de "explicitude" e comunicação. A

cada momento, aquilo que está implícito na comunicação deve ser explicitado pelo analista e captado pelo paciente, em um movimento de permanente evolução em espiral. A situação analítica se apresenta como uma situação de permanente aprendizagem para o paciente, por meio de provas, tentativas, confrontos, retificações e ratificações de todos os processos que encontramos na aprendizagem. O analista deve aceitar qualquer coisa que o analisando deseje e possa colocar nele. O paciente adquire pouco a pouco a possibilidade de obter uma comunicação maior. Poderíamos definir o progresso na análise como o aumento progressivo da capacidade de fazer chegar as mensagens a um número maior de pessoas. O neurótico é uma pessoa que vive uma desconexão dentro de seu grupo social, não porque não queira se comunicar, mas sim porque experimenta dificuldades que não pode resolver. Aquilo que o homem tem de mais primitivo e mais característico é sua necessidade imperiosa de estar em permanente comunicação com as outras pessoas. Poderíamos dizer que até inventa os sonhos para poder se comunicar de noite, para preencher sua noite e evitar, desse modo, o sentimento de estar "incomunicado". Sente necessidade de criar personagens para poder se comunicar e viver seus dramas durante a noite de um modo mais ou menos controlado e administrado por ele. Só fracassaria nos pesadelos. Quando perde a comunicação com o grupo aparece o sentimento de solidão e desamparo, tudo aquilo que conhecemos como a fenomenologia do neurótico, do homem fora do mundo, fora da realidade. A situação extrema é apresentada pelo esquizofrênico, cuja mensagem é irreconhecível, porque por seu temor de não ser compreendido aumenta a deformação até o ponto de chegar à esquizofasia

gação – seja qual for a natureza desta – tanto afetiva quanto ideologicamente. Os resultados vão afetar os dois integrantes da situação, modificar sua história pessoal e sua posição no mundo. Desse modo, podemos aproximar a psicologia experimental da analítica e a psicologia analítica da experimental. Podemos aplicar às duas situações uma quantidade de conhecimentos adquiridos nos dois campos; podemos fazer com que esses campos, embora tenham diferenças, tenham também analogias; e podemos fazer com que as informações de um deles possam ser aproveitadas para o campo do outro, com o cuidado de vigiar a redução de um campo ao outro para que não seja automático, mas, sim, referencial. Ou seja, aquilo que um campo nos diz vem a ser como um conteúdo manifesto para o conteúdo latente do outro, até que ao se aproximar tanto a psicologia experimental e a psicologia analítica, a linguagem de um deles se torne a linguagem do outro. Em psicologia e em todo o campo da ciência existe uma tendência a resolver velhas dicotomias chegando-se a admitir atividades interdisciplinares e campos intermediários. Podemos dizer que nada está separado e que tudo está em interação. O campo da ciência é um campo total, com subdivisões dinâmicas e passagens permanentes de um campo ao outro.

Durante o processo analítico, o fundamental é a situação de permanente interação, quer o analista fale, quer não. Tudo exerce uma ação, referencial e histórica, sobre o outro. No aqui-agora a interação representa algo concreto, uma atitude de um deles diante do outro, em que a resposta de um deles condiciona a resposta no outro.

O psicanalista pode experimentar uma neurose no campo da operação, ou uma neurose no campo da formulação interna (descoberta) de interpretação, ou uma neu-

rose no campo da formulação externa ou verbalização da interpretação. Quer dizer que a neurose se manifesta através de dificuldades na compreensão do outro ou na explicitação de seus conteúdos internos ao outro.

A psicologia da *Gestalt* assinalou que a percepção é um ato de conduta. A percepção e a ação não podem ser separadas, constituem uma totalidade em permanente estruturação.

9. *Vínculo e interpretação*

A psicologia introspectiva leva em conta, principalmente, o emergente interno do observador, que expressa uma relação ou vínculo particular com um objeto interno, que pode estar mais ou menos estimulado pela situação externa no campo terapêutico, mas sem levá-la especialmente em conta. Nesse caso, a interpretação é construída basicamente a partir da situação interna do observador. Enquanto prestarmos atenção especial ao vínculo interno estaremos no campo da psicologia introspectiva. Nesse tipo de análise, a interpretação é um emergente principalmente interno, uma interpretação de análise aplicada ou, como também se denomina, uma interpretação selvagem. Isso sucede porque só leva em conta o emergente interno, desprovido ou quase desprovido dos elementos externos, quer dizer, das valorizações qualitativas e quantitativas da realidade. Quanto maior for a quantidade de indícios obtidos no campo operacional, maior será a possibilidade de fazer uma operação no sentido funcional da palavra, quer dizer, de um ponto de vista puramente operacional, com uma interpretação que foi construída com elementos ob-

tidos no campo de trabalho, que passou através da mente do analista e que é enunciada em termos de uma hipótese sobre aquilo que sucede nesse momento no campo de trabalho. Do outro lado temos a psicologia behaviorista, que leva em conta, exclusivamente, os aspectos exteriores da conduta no campo de trabalho. Podemos dizer que todas as psicologias, com exceção da psicanalítica, permanecem no campo da observação e da compreensão. Nenhuma delas é intencionalmente operacional, quer dizer, não devolve aquilo que foi observado mediante uma interpretação, a qual cria uma situação em espiral dialética. A análise fenomenológica é também uma análise na qual o observador compreende o suceder do outro, mas não devolve ao objeto de sua investigação a compreensão vivencial que obteve dele. Se a devolve, cria-se uma situação psicoterápica, quer dizer, uma situação operacional. Se levarmos em conta apenas o aspecto vivencial imediato, ficaremos no contexto da psicoterapia existencial ou fenomenológica. Se apontarmos os conteúdos latentes dessa situação, entraremos na psicologia psicanalítica. A operação psicanalítica consta de um momento fenomenológico, e quanto melhor for realizado esse momento, melhor se construirá a interpretação. Agora aquilo que se devolve ao paciente como interpretação é uma hipótese do que existe por trás da aparência fenomênica, transmitida em termos de conteúdos latentes. Essa é a característica da psicologia analítica.

A psicologia criptográfica é a captação daquilo que existe de secreto, do que está oculto por trás da aparência fenomênica. Cripto quer dizer secreto. A análise fenomenológica ou a psicoterapia existencial chega a um nível de compreensão do suceder do existente nesse momento, em

termos do que está acontecendo no aqui-agora comigo. Mas em termos de compreensão não passa de uma explicação. A interpretação fenomenológica ou existencial refere-se ao que sucede de imediato, quer dizer, ao conteúdo manifesto daquilo que o sujeito está querendo dizer.

Para que uma psicoterapia psicanalítica seja bem realizada e preencha os requisitos do método científico, deve ser precedida de um momento fenomenológico, ou seja, do momento em que se toma o existente: esse é um momento no qual fazemos uma redução fenomenológica, isolamo-lo do resto do material existencial e construímos uma hipótese do suceder inconsciente nesse momento.

Em cada momento e situação de espiral podemos falar de um momento fenomenológico existencial. O método principal que utilizamos é a observação. A observação no campo operacional é o método universal da psicologia, é o momento empírico, existencial e dinâmico. O aqui-agora comigo é na realidade um aqui-agora comigo em aparência, que representa, na realidade, um aqui-agora comigo na coisa subjacente. Em psicanálise, o conteúdo manifesto é um conteúdo referencial, portanto podemos falar de uma fenomenologia ou de uma análise existencial dos referentes (assim se denomina em filosofia). Esse conteúdo é o conteúdo latente dos referentes constituídos pela fantasia inconsciente desse momento.

O método psicanalítico utiliza a observação racional e a livre associação, o deixar-se ir da fantasia, ambas incluídas em uma atividade particular que se chama imaginação criadora ou recriadora. A categoria desse processo mental aqui, no campo de trabalho, tem as características de uma síntese entre o racional e o irracional, tal como se concebe em psicologia. Durante o trabalho prático utili-

za-se uma atividade que, partindo de referentes determinados, constrói em cada momento, com esse processo da imaginação criadora, uma hipótese do suceder latente desse momento.

O existente tem uma estrutura, uma forma, uma configuração, é uma *Gestalt*, na realidade uma *Gestaltung*, quer dizer, um contínuo processo de se formar uma *Gestalt* ou estrutura. Não só o existente é uma *Gestalt*: também o é o emergente que logo resulta da interpretação adequada. O emergente que se configura no aqui-agora constitui aquilo que, em termos de *Gestalt*, podemos chamar figura. Fundo e figura são as duas divisões que se encontram em cada estrutura. Aquilo que aparece em primeiro plano é para nós um processo que tem uma determinação interna. Quando se colocam juntos, em um campo de trabalho, paciente e analista, o que resulta é uma *Gestalt* dos dois, que é o emergente de ambos, porque aquilo que aparece nesse momento no paciente está condicionado também pela atitude do analista, pelo seu modo de ser, pelo quarto onde trabalha, por sua interpretação anterior, etc. Quer dizer que dentro da concepção da *Gestalt* incluímos a concepção do emergente dinâmico. Continuamente se organizam estruturas, os emergentes, que são os existentes de cada momento, aos quais enfrentamos com uma nova interpretação. Quer dizer que essa situação de dois que estão trabalhando permanentemente para modificar uma determinada estrutura configura um processo vivo e permanente em ação de espiral dialética.

Ao sair da sessão, o analisando inicia um movimento introspectivo, no sentido de que internaliza o analista e começa um diálogo interno com ele. Estabelece-se um vínculo interno com o analista que dura muito mais tempo

do que a hora estrita da análise clínica. Aí se configura a situação de auto-análise. Quer dizer, heteroanálise e auto-análise são dois processos que se alternam permanentemente e que podem coexistir mesmo na sessão analítica.

Em pessoas com profundas divisões da personalidade, como acontece nas personalidades histéricas, nas quais existe uma personalidade de fundo esquizóide, as divisões podem ser trabalhadas em termos de representações de diversos papéis. Aí pode existir a dupla situação em que uma parte da pessoa esteja sendo analisada no vetor heteroanálise e uma outra parte esteja controlando a situação do analista dentro de si mesma numa situação de auto-análise. Os momentos de silêncio são momentos de auto-análise. Isto é importante na prática porque, se sabemos que todo silêncio é um momento de auto-análise, sabemos que a estrutura desse campo operacional é constituída pelo eu do paciente e por um objeto internalizado dentro dele. Surge, então, um diálogo que às vezes chega a se fazer explícito, configurando-se quadros delirantes de tipo paranóide. O paciente pode se encontrar diante do analista e estar murmurando algo, uma parte dele conversando com o objeto interno analista, ao mesmo tempo que outra parte está estabelecendo uma comunicação ou tentando estabelecer uma comunicação com o analista. Outra situação pode ser a da auto-análise, que às vezes chega a configurar uma situação delirante. Por exemplo, depois de haver saído de uma sessão o paciente internaliza o analista ou parte dele e, em seguida, externaliza-o subitamente em uma circunstância particular, criando uma situação delirante. O paciente começa a atribuir aos outros, ao próximo em geral, as intencionalidades do objeto interno analista introjetado e, em seguida, reprojetado para fora. Não só pode reagir com um ataque brusco ou uma entrega

brusca, seja de um objeto mau ou de um bom, mas também quando o vínculo e o diálogo interno que estabeleceu dentro de si adquiriu uma grande intensidade, o paciente, uma vez que os projetou para fora de si, começa a ouvir vozes. Essas vozes que ouve fora são o restabelecimento do diálogo externo anterior, que passou por um momento de diálogo interno e que, em seguida, é colocado novamente para fora. O paciente sente nesse momento que lhe adivinham o pensamento, que lhe dirigem o pensamento, sente o eco de seu pensamento e experimenta o sentimento de influência de que o dirigem e manejam. O delírio de influência é o quadro que se produz mais tipicamente. Um vínculo interno muito dialogado pode chegar quase até à alucinação. Sente às vezes que aquilo que ele pensa ou suas palavras já estão desprovidas de certa "mesmidade", ele já não é ele. Sente algo estranho e a partir do momento em que o sente, estranha essa coisa interna, o vínculo é experimentado como uma pseudo-alucinação. Se essa situação é muito angustiante coloca-a definitivamente fora e, a partir daí, no cenário de fora, vive a situação psicótica.

A mesma coisa acontece, por exemplo, se a perda ou frustração sentida na sessão de análise for muito intensa e a hostilidade despertada no paciente for marcante; nesse caso, pode sair da sessão com uma depressão por ter a vivência interna de haver destruído e matado o objeto interno analista com o qual mantinha o vínculo interno. O trabalho central de sua auto-análise se encaminha, então, para a recriação desse objeto com uma série de técnicas, ou pode centrar-se na negação da situação de luto ou de perda até seu reingresso na próxima sessão analítica. Às vezes, ao reencontrar-se com o analista, experimenta uma situação

de pânico ou próxima ao pânico, ao encontrá-lo nas mesmas condições em que o havia deixado antes de sair da sessão anterior: o paciente teme ter a vivência de um fantasma, de um reaparecido, experimenta a vivência do sinistro. Pode-se produzir, aqui, uma situação de choque e uma reação particular que, às vezes, traz como conseqüência uma despersonalização ou um estado confusional.

Freud utilizou como esquema referencial um esquema neuropsicológico. O fato de carecer de uma formação psiquiátrica adequada determinou seguramente que elegesse a histeria como quadro psicopatológico central de suas investigações. Pelo contrário, Bleuler, com uma formação psiquiátrica muito forte, toma como centro de suas investigações a esquizofrenia. A mesma coisa ocorre com Jung, que tem uma boa formação psiquiátrica e uma boa capacidade de captação do conteúdo inconsciente do delírio. Mas Jung dirige-se diretamente aos arquétipos e constrói, fora do campo da observação (embora utilizando o material que lhe foi proporcionado por alguns esquizofrênicos), um esquema, por assim dizer, não psiquiátrico, mas sim antropológico, religioso ou mitológico, razão pela qual vai se separando progressivamente de Freud até construir uma teoria sobre os arquétipos do inconsciente coletivo. Podemos dizer que retirou do esquizofrênico uma série de informações que, depois, utilizou nas análises aplicadas, e que dessa dimensão começa a compreender os fenômenos da mitologia, da arte, da religião, etc. Jung, como psiquiatra, tinha sua principal fonte de informação nos pacientes internados nas alas psiquiátricas, enquanto que as fontes de informações de Freud provinham dos pacientes de seu consultório particular. Adler, por outro la-

do, é a pessoa que mais trabalha com um esquema rígido. Para ele o emergente não tem importância, já que, seja qual for, relaciona-o com um dos vetores básicos de seu esquema referencial. Em geral não estuda a relação transferencial, e menos ainda a contratransferencial. A interpretação adleriana está dirigida principalmente para o futuro.

O processo de aprendizagem deve ser compreendido como um sistema de fechamento e abertura que funciona dialeticamente. Fecha-se em determinado momento, abrindo-se em seguida, para voltar a se fechar posteriormente. Se o pensamento ficar fechado por muito tempo em uma determinada estrutura, estereotipa-se e se torna formal.

A psicanálise precisa livrar-se da posição em círculo fechado em que se encontra atualmente, já que, há algum tempo, vem se repetindo. Nesse momento, está tão carregada de coisas, que se torna asfixiante, porque não passa de um acúmulo de dados aos quais falta uma concepção geral, uma concepção do homem e uma concepção do universo em relação com a análise. É impossível aceitar que os sistemas filosóficos ou as cosmovisões que se constroem na filosofia atual não incluam em seus estudos a dimensão do inconsciente.

Um dos vetores de interpretação é a análise da situação triangular. É um cenário que está dentro e que, em seguida, começa a ser colocado para fora, onde existem três personagens principais. A situação analítica é uma situação a dois, mas o objetivo básico é descobrir o terceiro. Ver onde está situado e quais são suas funções. Devemos tentar entender cada coisa que um paciente faz comigo para descobrir em que medida está tentando, comigo, defender-se do outro, escapar do outro, ou tentando me seduzir para ficar contra o outro. A análise, desse modo, começa

a se dramatizar, centralizando-se na situação triangular, quer dizer, no complexo de Édipo. A análise da situação transferencial deve incluir o terceiro, geralmente excluído da interpretação. Ou seja, no fundo é a busca sistemática do terceiro e a investigação da maneira pela qual está atuando no aqui-agora comigo na situação analítica. Devemos ter sempre presente que aquilo que se pensa, que se deseja ou que se odeia, etc., nunca é uma relação de dois, mas sempre de três. De modo que temos que rever todo o conteúdo da patologia mental em termos da situação de três.

10. Esquema conceitual referencial e operativo (E.C.R.O.)

Vamos tentar desenvolver mais claramente o esquema do esquema com que trabalhamos. A palavra esquema tem uma má conotação, uma conotação de rigidez. Esquematizar vem de fixar. O esquema é produto de uma abstração, implica um esqueleto de um conhecimento ou de um *pattern* de conduta qualquer. Quando esse esquema é mal utilizado pode transformar-se em uma coisa rígida. Kant desenvolveu o conceito primitivo de esquema há mais de 150 anos, mas, lamentavelmente, não pôde resolver a antinomia entre o *a priori* e o *a posteriori*, por haver paralisado a dialética nesse ponto. Anos depois, Hegel retoma o conceito de Kant mas, embora tivesse um pensamento dialético, faltava-lhe a noção de esquema como uma estrutura em contínuo movimento, como uma *Gestalt* em evolução. Quando nos aproximamos de um paciente, nós o fazemos com um esquema referencial mediante o qual tentamos entender aquilo que lhe acontece, mas esse esquema deve ser dinâmico. Por exemplo, se vimos um paciente num dia temos um esquema desse paciente e, na medida em que o enfrentamos novamente no

dia seguinte, tentamos compreender o material que nos proporciona em função desse esquema. Mas, se aquilo que surge no novo emergente nos leva a pensar algo novo sobre nosso esquema, somos obrigados a retificá-lo, caso seja necessário. Isso suscita a idéia da honestidade científica ou da coragem científica do terapeuta, a necessidade de romper uma estrutura interna e de se confrontar com uma nova. A ruptura do esquema provoca ansiedade, porque a perda de certos pontos referenciais desinstrumenta o terapeuta em sua operatividade e facilita o surgimento de ansiedades depressivas e paranóides, tanto no terapeuta como no paciente. Para poder trabalhar de um modo mais operacional, o psicanalista não só utiliza seu esquema mas também os sentidos. Pelo contrário, como regra geral, o aprendiz de psicanalista só utiliza esquemas sem empregar seus sentidos.

Quando o analista trabalha com um esquema referencial que não foi realizado por ele, e na medida em que não o conhece bem, experimenta dificuldades na tarefa. O modo de conhecê-lo é realizar um trabalho permanente de hetero e auto-análise. Enquanto estiver analisando o outro, deve ter a noção de que também está se analisando e de que está utilizando instrumentos, seus objetos internos e suas próprias fantasias, que não são do outro mas dele mesmo. A aprendizagem da psicanálise é como a aprendizagem de qualquer ofício, do qual o aprendiz se aproxima fazendo uso de um esquema referencial. Por exemplo, a primeira concepção de Freud em psicanálise foi a etiológica traumática das neuroses, desenvolvida antes de 1900. Isso foi colocado no filme "Conte-me tua vida", que causou grande efeito porque desenvolvia o esquema referencial psicanalítico de recordar e tornar consciente um acontecimento traumático para poder chegar à cura.

A interpretação é o instrumento com o qual realizamos a operação na mente do outro para esclarecer algo tanto para ele como para nós. Na interpretação podemos descrever três processos que estão permanentemente em ação: 1º) esclarecer-nos sobre aquilo que acontece com o outro; 2º) formular a interpretação que possibilite ao outro o esclarecimento sobre si mesmo; 3º) esclarecer aquilo que acontece entre o outro e nós mesmos, seja de dentro para fora, seja de fora para dentro. O caráter angustiante do trabalho analítico diminui na medida em que se adquire consciência do processo em si, já que se pode mobilizar uma série de forças e prever reações. A psicanálise deixa de ser uma técnica mágica para se converter em uma técnica científica na medida em que se pode, como já dissemos, prever situações no campo operacional. Por essa razão o campo de trabalho analítico, nos últimos anos, aproximou-se do campo da psicologia experimental, onde não só observamos com a finalidade de consignar, registrar e relacionar fatos, mas também operamos no campo de trabalho com a finalidade de provocar uma modificação, que, em seguida, voltamos a tomar para operar sobre ela, e assim sucessivamente.

Do ponto de vista fenomênico podemos descrever três modos de ser, um modo de ser mental, um modo de ser corporal e um modo de ser na conduta exterior em relação com o mundo. Quer dizer, 1 é a mente, 2 é o corpo e 3 é o mundo exterior.

Seguindo nossa linha atual de trabalho, ou seja, em termos de relações de objeto e de vínculo, e considerando que a situação esquizóide é a situação básica da relação transferencial, para interpretar temos que ver a cada momento onde se situa o objeto bom e onde se situa o obje-

to mau. Uma boa interpretação deve incluir o objeto bom, que pode encontrar-se na mente, no corpo ou no mundo, assim como o objeto mau, que, por sua vez, pode estar em uma das três áreas ou nas três. A missão do analista é como a de um detetive que busca saber onde estão situados os processos, em que campo se encontram, mas considerados sempre em termos de três objetos, pois embora aparentemente sejam dois objetos, na realidade são três, porque o modelo básico relacional universal é a situação triangular.

Isso quer dizer, então, que o corpo funciona como uma dimensão da mente, um lugar em que podem estar localizados os objetos internos, com os quais podemos estabelecer vínculos internos no espaço correspondente a um órgão determinado. Podemos pensar que toda a medicina psicossomática e, em especial, as denominadas organoneuroses, constitui-se de situações em que previamente se estabeleceu uma relação com um objeto através de um órgão. Suponhamos o estômago, que é o órgão mais comum, já que a relação mãe-criança se realiza intensamente através do aparelho gastrointestinal. A criança reage a diferentes afetos com vômitos, diarréia, prisão de ventre, dores, etc. Então, esse vínculo, que começou sendo externo com a mãe, internaliza-se, e esse vínculo interno é aquele que é reativado posteriormente por circunstâncias externas, aquele que coloca em movimento um velho sistema de reação. A noção de divisão mente/corpo é de origem cultural. Dividir o corpo e a mente como se fossem dois sacos onde se colocam os objetos para evitar que se juntem é um dos mecanismos de defesa mais primitivos. A criança, inicialmente, concebe seu corpo e sua mente como uma unidade não diferenciada. Pouco a pouco, ela os vai diferenciando, principalmente como um produto da

educação, assim como vai diferenciando sua relação com o mundo exterior. A situação hipocondríaca é a localização de um objeto no corpo. A hipocondria foi uma das primeiras doenças a serem descritas na Antiguidade, porque o corpo era considerado como uma dimensão separada da mente. Tal concepção do corpo era compartilhada por médicos e pacientes. Na hipocondria, o objeto mau está dentro do corpo, enquanto que o objeto bom está na mente ou fora, no mundo exterior. Por essa razão, o hipocondríaco se queixa do corpo, sente-se perseguido por dentro. Se o órgão reage ante o perseguidor colocado nele com suas próprias funções temos o sintoma de conversão histérica, secundária à hipocondria. Se estruturarmos a personalidade em torno do mecanismo da conversão sobre um órgão interno, teremos uma organoneurose, cujo significado é o de uma relação interna com um objeto interno colocado em tal órgão, que tem uma história determinada e um processo determinado. Na análise, essa situação se coloca sobre o terapeuta e o trabalho analítico, ou seja: o objetivo com o qual se desenvolve o interjogo analítico é o próprio órgão. O paciente traz seu estômago, ou seu intestino, ou qualquer órgão, aí mesmo, no campo operacional. É aí que temos que discriminar. Com nossa ajuda aprende a reconhecer a natureza arcaica e infantil dessa situação interna e o caráter fictício da situação externa. Segundo essa linha de pensamento, o paranóico seria um hipocondríaco em via de cura, já que coloca o objeto mau fora para tentar controlá-lo melhor. Podemos dizer, então, que um hipocondríaco precisa passar por um período de paranóia para se curar. Torna-se, então, irritável, perseguido por fora, e onipotente por dentro, porque se identificou com seu objeto bom.

É necessário que não se cometa o erro de estabelecer separações formais entre o corpo, a mente e o mundo exterior. Quanto ao mundo exterior, ele está representado internamente como microcosmo, enquanto que fora o está como macrocosmo. Se pararmos existencialmente uma pessoa, poderemos dizer que nesse momento há mente, corpo e mundo exterior, mas quando essa pessoa se move, ela se transformará em uma totalidade significativa. Por conseguinte, embora falemos de três dimensões da pessoa só existe uma dimensão: a humana.

Podemos dizer que dentro da mente está incluída a dimensão representação do corpo ou esquema corporal. Muitos de nossos órgãos têm uma representação mental que ainda não sabemos exatamente qual é. É mais fácil descobrir a representação dos órgãos no sonho, porque nele a deformação é menor. Por exemplo, uma pessoa que sonha que está correndo em um corredor ou em uma espécie de labirinto está representando seu conflito intestinal. No hipocondríaco são muito freqüentes esses sonhos de labirintos. Na realidade, é a perseguição que experimenta pelo objeto interno dentro do intestino, com seus conflitos e suas ansiedades, buscando uma determinada saída. A mente está representada pelo terraço, pelo teto, etc., enquanto que a casa representa a totalidade da pessoa, e cada parte, a de cima ou a de baixo, representa o inferior ou o superior. O de cima e o de baixo como conceitos espaciais fenomênicos, produtos de uma abstração em um determinado momento, são úteis como vetores de trabalho. Por isso dizemos que não existe nenhuma contradição entre a fenomenologia e a psicanálise. São momentos de um trabalho operacional que estão integrados em uma concepção geral.

Podemos considerar nosso esquema como um esquema que vai se integrando permanentemente com elementos novos. O investigador no campo científico deve estar capacitado para não ser vítima de sua ideologia ou de seus pensamentos prévios, para poder corrigir seu esquema referencial. É, na realidade, uma posição ante a linha do conhecimento de um empirismo psíquico, no sentido de que o investigador deve observar a experiência real e concreta, confrontá-la com seu esquema referencial para saber de que classe de fenômeno se trata e, finalmente, retificar seu esquema prévio, mas com a idéia de enriquecê-lo, e não – o que seria um erro – porque esse esquema seja mau ou bom. Incluir conceitos morais no esquema referencial científico é um critério que se opõe à evolução do conhecimento. É negativo, por exemplo, excluir a investigação da sexualidade, da agressividade ou dos preconceitos, por considerá-los imorais.

A noção de tempo e espaço foi uma noção cultural até que Einstein assinalou a impossibilidade de separar os dois conceitos. Todos sabemos de seu caráter unitário, seu caráter de estrutura gestáltica tempo-espaço. Não se pode separar tempo e espaço, pois o tempo é uma quarta dimensão, no sentido de que é a duração de uma determinada coisa. Não se pode conceber nenhum fenômeno que não inclua tempo e espaço juntos, uma vez que nada está detido e nada está fixo; trata-se sempre de uma totalidade em movimento. Toda estrutura está em permanente transformação, e o conceito de transformação inclui a noção de tempo. Não há nada que esteja absolutamente fixo; é preciso, portanto, considerar sempre os dois aspectos. No momento em que detemos um fenômeno, a dimensão espacial torna-se tridimensional, e enquanto nos descuida-

mos, fazemos a dicotomia tempo-espaço. Durante o processo analítico temos sempre que pensar na relação entre corpo, espaço, tempo e localização dos objetos. Sempre operamos em um campo móvel onde o tempo e o espaço estão se modificando constantemente. Por isso dizemos que toda interpretação boa deve estar precedida de uma boa investigação. A divisão entre a investigação e a operação, resultante da aplicação prática de uma determinada teoria, implica uma postura de "comodidade" para o investigador.

Voltando ao hipocondríaco, podemos dizer que a noção de limite se transforma em um ponto importante, porque o hipocondríaco perde a noção de seu limite, sua envoltura começa a se deslocar para certos níveis internos. Quanto ao hipocondríaco hepático, que tem em seu fígado o campo de batalha, podemos dizer que se aproximou tanto do mundo que seu limite com ele não está na totalidade da pessoa, mas sim diretamente nesse ponto de contato, quer dizer, em seu fígado. Ou seja, que existe uma profunda alteração de seu contorno, de seu limite. A criança vai adquirindo a noção de limite com o mundo através do contorno de seu corpo e do limite das coisas que vai tocando. Digamos que o modelo de experimentador é a criança. Por um processo permanente de tatear, de ensaio e erro, vai conhecendo o mundo de um modo empírico e vai se guiando por um esquema referencial que começa a funcionar a partir de fora, que, em princípio, é a mãe que vai se colocando dentro dela, e depois é outro. Ou seja, se analisarmos o esquema referencial vamos descobrir que tem, principalmente, uma origem materna e que os primeiros contatos com o peito da mãe são aqueles que dão a noção de dois. Por um lado existe uma boca faminta e um

estômago que está doendo de fome e, por outro, uma fonte de gratificação, o peito. Essa noção de limite vai sendo elaborada como uma situação espacial e temporal, no sentido de que no espaço são dois a ter uma relação no tempo: o tempo, por assim dizer, no contato com o peito, o tempo de lactância, o tempo presente em que toma o peito. Quer dizer que o limite que a criança tem está condicionado por situações de contato e esse limite pode ser transitório ou permanente, bom ou mau.

Em determinados pacientes pode se produzir uma perda dos limites. Em psiquiatria, esse fenômeno se chama transitivismo. Quer dizer que as coisas de uma pessoa passam aos outros e as coisas dos outros passam à pessoa. Existe um trânsito permanente entre a mente da própria pessoa e a mente dos outros, em virtude de uma perda da noção de limite, de uma regressão do eu a uma etapa em que o limite ainda não funcionava ou funcionava mal. Podemos dizer que a noção de limite já existe desde o nascimento, porque os movimentos fetais e toda a atividade fetal dão uma noção do limite interno. Isso é o que eu denomino proto-esquema corporal, quer dizer, o esquema corporal do feto, sobre o qual se condiciona toda a reação do feto em relação com esse esquema, que tem uma fórmula circular. A posição do feto dentro do ventre materno faz com que configure um proto-esquema corporal com um limite circular. Isso se observa regressivamente nos catatônicos, que se colocam em uma forma circular também, quer dizer, retornam a uma atitude fetal característica. A noção de limite se elabora prematuramente, no próprio momento em que se produz o primeiro movimento. Ao se produzir o primeiro movimento há um obstáculo, e esse primeiro obstáculo inicia o processo de limite, de con-

figuração do contorno ou envoltura. O primeiro conhecimento que a criança adquire é o de seu corpo. Na realidade, corpo e mundo tornam-se conhecidos ao mesmo tempo. O conhecimento do tempo e do espaço também se realiza simultaneamente. Por exemplo, o conhecimento do tempo de espera e o do espaço que o separa do outro corpo, do peito da mãe, que pode ser bom ou mau, gratificante ou frustrante, determina a gênese do primeiro modelo mental que a criança elabora e por meio do qual realizará seus próximos contatos com o mundo no tempo e no espaço.

O conhecimento se caracteriza por possuir um campo determinado onde se realiza o ato de conhecer, com a inclusão de um sujeito que quer conhecer e um objeto que vai ser conhecido. Às vezes o objeto não quer se deixar conhecer; é o que sucede, por exemplo, com um analisando. Por isso falamos de um campo de trabalho e da noção de um obstáculo incluído na teoria do conhecimento. A esse obstáculo damos o nome de obstáculo epistemológico. A epistemologia é a teoria do conhecer ou do saber. Para que se conheça, sempre há um obstáculo e o conhecer é o vencimento desse obstáculo. Sempre se conhece contra algo, contra esse objeto que se deve romper, desarmar e, em seguida, tornar a armar. Por essa razão, não existe uma contradição entre análise e síntese, já que a síntese só se torna possível depois da ruptura da estrutura que se deseja conhecer. Não são momentos distintos, mas vão se produzindo ao mesmo tempo. Análise e síntese configuram uma estruturação, uma *Gestalt*. A teoria da *Gestalt* trouxe contribuições consideráveis à psicologia, à psicanálise e à teoria do conhecimento. O pensar sempre envolve uma luta, uma polêmica durante a qual surgem, no pensador, objeções que o enriquecem e que deslocam seu conteúdo.

Nosso esquema referencial do esquema referencial é conceitual. É referencial no sentido de que o utilizamos para discriminar a respeito de algo relacionado com o esquema anterior ao mesmo tempo que a respeito do próprio esquema referencial. Devemos discriminar sempre a respeito do objeto de conhecimento e a respeito do esquema prévio de conhecimento com o qual fizemos considerações sobre esse conhecimento, ou seja, o conhecimento atual. Seria o processo permanente da mente a respeito de qualquer problema. Podemos dizer que o esquema primeiro é conceitual, quer dizer, que inclui todos os conceitos que se têm em uma estrutura que possui um aspecto consciente e um aspecto inconsciente, que vai se modificando com o passar do tempo e com o caminhar dos conhecimentos e da experiência. Devemos unir a teoria do conhecimento com uma posição dialética, no sentido de que aquilo que é tomado, em um dado momento, por alguém que tem uma experiência prévia, vai modificar essa experiência e integrar-se imediatamente, de modo que, na experiência seguinte, a experiência anterior é enriquecedora da experiência posterior.

Todos os sistemas se dividem em sistemas abertos e fechados. Um sistema fechado é, por exemplo, a neurose. Se um sujeito enfoca sua vida sempre em função da repetição de uma mesma atitude, devemos falar de um sistema fechado. Mas se o sujeito salta de uma atitude a outra e integra a realidade, enriquece seu pensar e sua ação: nesse caso é um sistema aberto. Não há contradição entre o fechado e o aberto; são apenas dois momentos necessários para que o processo dialético prossiga. Um momento de certo fechamento é necessário para a assimilação, e um momento de abertura é necessário para a inclusão de novas

experiências que vão se enriquecer no momento em que se produzir o fechamento, e assim sucessivamente. Um exemplo clínico é o maníaco, que nunca consegue fechar seu conhecimento durante um tempo suficientemente longo para integrar os conhecimentos que adquire, enquanto que o pólo oposto, o de um fechamento permanente, é dado pelo epilético com as características de viscosidade e perseverança que o mantêm durante muito tempo em um sistema fechado. O sistema fechado do epilético pode funcionar com grande pressão e, em um determinado momento, provocar um estalo, que pode dar lugar a uma criação de determinado tipo, provocando uma saída genial. Mas, se permanece fechado, então não passará de um epilético.

11. Vínculo e teoria dos três D (depositante, depositário e depositado). Papel e "status"

A idéia de papel está invadindo o campo da psicologia, bem como o campo operacional da análise, transformando-se em um vetor de interpretação. Se o analisando adjudica um papel ao analista e o analista assume esse papel, nesse momento se produz um fenômeno fundamental, a base mais importante da situação analítica: a comunicação. Quando o analista não aceita o papel dado pelo paciente, a comunicação falha. Como dissemos, geralmente é o analista quem não aceita o jogo adjudicado pelo paciente. Isso acontece principalmente quando o que foi adjudicado pelo paciente ao analista homem é um papel feminino, ou, no caso de se tratar de um analista feminino, um papel masculino. Quer dizer, a inversão do sexo na atribuição do papel costuma produzir um fenômeno contratransferencial negativo, provocando repúdio por parte do analista em entrar nesse jogo relacional.

Por exemplo, um paciente muito angustiado pode colocar desde a primeira sessão sua necessidade de proteção e amparo, podendo atribuir ao analista, quer seja homem ou mulher, um papel maternal. Caso se sinta rejeitado, a

situação tem um efeito sumamente frustrante, porque implica a repetição de uma situação primitiva importante em sua vida, isto é, a relação mãe-filho. Se a situação infantil não foi superada, o paciente procederá por tenteio durante as sessões. Há um tipo particular de desconfiança que podemos denominar desconfiança do depositante. O paciente pergunta a si mesmo se o analista aceitará aquilo que quer depositar nele. A atitude do terapeuta deve ser, então, a de um depositário desapreensivo, com pouca ansiedade e capaz de aceitar em depósito qualquer coisa que o paciente queira colocar nele, seja boa ou má, materna ou paterna, feminina ou masculina, etc. Podemos dizer que a fantasia última daquilo que é a psicoterapia é a possibilidade de depositar confiança no outro. E esse depositar confiança tem sua expressão concreta na vida mental do paciente através da depositação de determinados conteúdos psicológicos.

Um paciente pode depositar ou tentar depositar no analista, por exemplo, fantasias criminosas, ou suas partes boas ou o melhor de si mesmo, para que o analista cuide delas. Toda a atividade mental do paciente está empenhada em estabelecer uma comunicação, seja qual for. Para estabelecer a comunicação precisa depositar parte dele no outro. O trabalho do analista reside em captar a comunicação, encarregar-se dela e trabalhar com ela como um trilho. O trilho do trabalho psicoterapêutico é basicamente o estabelecido nessa primeira comunicação. Para isso, o analista deve se colocar de um modo particular, como um recipiente aberto a qualquer um ou para qualquer coisa, disposto a controlar e cuidar daquilo que foi depositado nele. Esse receber não é um processo mecânico, mas sim um encarregar-se do que foi depositado nele. O primeiro

contato que o terapeuta estabelece com seu paciente permanecerá como amostra de contatos posteriores. Em geral, podemos dizer que a ruptura na comunicação se produz pela ansiedade do analista, já que o analisando busca permanentemente a comunicação, inclusive nos quadros psicóticos mais graves. Observamos isso até no esquema mais arcaico do conhecimento psiquiátrico que é o descrito na esquizofrenia. O esquizofrênico é considerado como uma pessoa desconectada da realidade, que vive em um mundo autístico e que repele qualquer contato. Esse é o esquema referencial dos psiquiatras que não aceitaram a comunicação. A descrição que existe nos livros de psiquiatria referente à esquizofrenia é a de um quadro psicótico que aparece depois do fracasso das primeiras tentativas de comunicação. Podemos dizer que se esses psiquiatras não aceitaram a comunicação é porque não aceitaram suas próprias ansiedades psicóticas. O temor das coisas tomadas do paciente ou das próprias coisas colocadas no doente com a finalidade de estabelecer um vínculo com ele – e na medida em que se produz um entrecruzamento entre ambos – é o que faz com que o psiquiatra tema ficar fechado na loucura do paciente e se contaminar com ela.

Os quadros psiquiátricos que existem nos livros são quadros construídos arbitrariamente a partir de observações parciais que não refletem em nada a realidade existencial do paciente esquizofrênico. Podemos dizer que até nos quadros catatônicos mais severos os pacientes buscam um tipo particular de contato com o mundo exterior. Se observarmos um paciente catatônico, descobriremos que ele sempre tem algum movimento, sempre apresenta alguma estereotipia, ou seja, que estabelece uma linguagem, uma comunicação através de um movimento com as

mãos, ou com os dedos, etc. Instalou aí seu aparelho de transmissão e, dali, com seu código Morse privado, está enviando uma comunicação ao psiquiatra. A dificuldade está na possibilidade de o psiquiatra compreender essa mensagem e dar um significado total a essa expressão aparentemente parcial. Todo o psiquismo e toda a personalidade do paciente se expressam através desses pequenos gestos, que têm uma significação simbólica total. Insisto nesse ponto porque a idéia que antes se tinha do simbolismo era uma idéia equivocada, no sentido de que o simbolismo tinha uma função parcial. Quer dizer que uma conduta particular, uma atitude simbólica particular, representa a totalidade da vida mental do paciente, refletida em uma pequena conduta, como, por exemplo, no movimento dos dedos, mediante um processo de intensa condensação sobre essa situação. Aquilo que ele está expressando através desse gesto expressa toda a sua vida mental. Para nós essas pequenas mensagens estabelecidas através dos movimentos estereotipados têm um significado total. Podemos dizer que o paciente repete permanentemente, diante de todas as pessoas que se encontram ao seu redor, sua famosa estereotipia, como se estivesse buscando alguém que fosse capaz de compreender a significação de sua mensagem. Assim, organiza um *pattern* de conduta que representa toda a sua vida mental. Se eu, o terapeuta, posso captar essa mensagem, compreendê-la e interpretá-la na situação transferencial, no aqui-agora, mesmo que essa estereotipia funcione há, digamos, vinte anos, no momento em que o paciente se aproxima de mim e a repete, estando eu incluído nela, a mensagem deve ser interpretada no aqui-agora comigo. Ou seja, é toda uma técnica de tenteio da realidade e uma busca de relações. Esse vetor

de interpretação, a comunicação, é aquele que tornou mais acessível a terapia aos pacientes psicóticos e mais suportável a situação psicoterápica com os pacientes esquizofrênicos, especialmente para as pessoas que têm uma formação analítica. Este é precisamente um dos fatores que mais estimula os psiquiatras jovens a buscar uma formação psicanalítica, ao tomar conhecimento do caráter significativo até mesmo dos menores sintomas que um psicótico exprime. A descoberta de que tudo é significativo é o que determina o interesse do jovem psiquiatra pelos pacientes psicóticos. Podemos dizer que é impossível analisar um paciente psicótico sem conhecer essa regra primordial do jogo psicoterápico.

O papel é, então, uma função particular que o paciente tenta fazer chegar ao outro. Na vida de relação sempre assumimos papéis e adjudicamos papéis aos outros. Em condições normais, cada um de nós deve poder assumir vários papéis ao mesmo tempo. Por exemplo, uma pessoa tem o papel de aluno na escola, de pai de família em casa, de médico no consultório, de amigo nas relações sociais, etc. Estabelece-se um permanente interjogo entre o assumir e o adjudicar. Todas as relações interpessoais em um grupo social, em uma família, etc., são regidas por um permanente interjogo de papéis assumidos e adjudicados. Isto é, precisamente, o que cria a coerência entre o grupo e os vínculos dentro de tal grupo.

A teoria dos papéis baseia-se na teoria das relações de objeto. As relações de objeto são estruturas nas quais estão incluídos um sujeito e um objeto estabelecendo uma relação particular entre eles. Denominamos vínculo a esse conjunto, a essa estrutura especial. O conceito de vínculo é operacional, configura uma estrutura de relação

interpessoal que inclui, como já dissemos, um sujeito, um objeto, a relação do sujeito ante o objeto e a relação do objeto ante o sujeito, cumprindo os dois uma determinada função. Por isso, à idéia de um papel individual temos que agregar o conceito de papel do vínculo configurando uma estrutura social mais integrada. Por exemplo, um grupo de expressão, como se diz em sociologia, é um grupo encarregado de mover uma determinada ideologia; agrupa indivíduos que estabelecem identificações mútuas entrecruzadas, constituindo um vínculo estreito em função de uma determinada ideologia. Esse vínculo é ideológico e condiciona neles a existência de uma estrutura como totalidade, que começa a funcionar como um grupo, com uma dada ideologia e uma operatividade determinada, estabelecendo vínculos com outros grupos sociais. Portanto podemos falar de vínculos individuais e de vínculos grupais. Por exemplo, uma família, a família dos Gomez, estabelece um vínculo com a família dos Pérez. Ou um grupo de expressão de determinada tendência ideológica estabelece um contato com um grupo de outra tendência ideológica ou política, etc., de modo que o primeiro grupo pode começar a criar um determinado vínculo, seja de submissão, seja de dependência, etc., com o segundo grupo. Passamos, então, do vínculo individual ao vínculo grupal. O vínculo grupal pode se estender até abarcar toda uma nação, de modo que o infragrupo de uma nação, estruturado em função de um vínculo particular com outro país, determina características particulares entre as duas nações. O vínculo grupal de uma nação com outra pode sofrer exatamente as mesmas vicissitudes que o vínculo individual estabelecido entre duas pessoas. As frustrações ou agressões de um grupo ou nação podem desenca-

dear frustrações e agressões no outro grupo ou nação. Esses grupos vinculados de uma maneira particular podem tender, também, a ter um determinado papel, isto é, determinados grupos têm vínculos e papéis particulares. O conceito de papel, que começamos a conhecer individualmente, pode ser estendido aos grupos. Entre a assunção de um determinado papel e a adjudicação de um papel a outra pessoa existe sempre um interjogo dialético em forma permanente. E aqui nos encontramos com o conceito de espiral. Na medida em que um adjudica e o outro recebe, estabelece-se entre ambos uma relação que denominamos vínculo. Este tende a se desenvolver dialeticamente chegando a uma síntese dos dois papéis, que é o que dará as características do comportamento tanto do indivíduo quanto do grupo considerado.

A psicologia social norte-americana desenvolvida principalmente por Herbert Mead* foi a que mais contribuiu para o conhecimento do papel. Mead explica muitos aspectos da vida social, em especial tudo aquilo que se relaciona com o vínculo social e as relações interpessoais, por meio do estudo do papel.

Segundo esse autor, na mente de cada um de nós não só assumimos nosso papel como também assumimos os papéis dos outros. Temos, então, uma dupla representação do que está acontecendo: uma fora e outra dentro. Cada um de nós tem um mundo interno povoado de representações de objetos onde cada um está cumprindo um papel, uma função determinada e é precisamente isso que torna possível a previsão da conduta dos outros. A característi-

---

* O autor refere-se, provavelmente, a George Mead. O lapso é do original. (N. do R. T.)

ca fundamental da inteligência humana é a de poder prever uma determinada situação baseada em processos de identificação com os objetos e a de poder assumir internamente esses papéis, sem necessidade de expressá-los externamente. A teoria de Mead é uma das contribuições mais importantes para a teoria do vínculo, para a teoria das relações de objeto e para a teoria do papel. A teoria da relação de objeto, da psicanálise, é pobre se comparada à teoria do vínculo. A teoria da relação de objeto tem somente uma direção, enquanto que a teoria do vínculo assinala relações múltiplas, é um desenvolvimento psicossocial das relações de objeto que toma compreensível a vida em grupo. Podemos dizer que uma psicoterapia de grupo que não inclua o vetor de interpretação do papel é inoperante. Porque o concreto em todos os casos é o assinalamento do denominador comum dos papéis que estão sendo representados ou assumidos dentro do grupo por parte de cada um dos membros. Ou seja, cada integrante do grupo tem uma função e uma categoria determinadas.

A função, o papel e a categoria do nível dessa função configuram o *status*. Chama-se *status* social ao nível do papel em termos de alto e baixo; por isso fala-se de um *status* alto e de um *status* baixo. O *status* está relacionado com o prestígio. Os conceitos de papel e de *status* estão estreitamente relacionados. Podemos dizer que o aspecto qualitativo representa o papel e o aspecto quantitativo representa o *status*. Os integrantes de um grupo são considerados como estruturas que funcionam em um determinado nível com determinadas características. O nível é o *status*, e as características são dadas pelo papel.

Dissemos anteriormente que o vínculo é uma estrutura e que a comunicação se estabelece dentro dessa estru-

tura. Para que se estabeleça uma boa comunicação entre dois sujeitos, ambos devem assumir o papel que o outro lhe adjudica. Caso contrário, se um deles não assume o papel que o outro lhe adjudica, produz-se um mal-entendido entre ambos e dificulta-se a comunicação. Quando um dos dois não acusa o impacto do outro, quer dizer, não assume o papel adjudicado ou, principalmente, não se informa da adjudicação, produz-se a indiferença e, nesse caso, a comunicação se interrompe. Geralmente, o terapeuta deve desempenhar diante de seu paciente o papel de bom depositário, capaz de cuidar de qualquer coisa, boa ou má, que o paciente deposite nele. Quando, em certo momento, o analista não resiste ao montante de ansiedade que lhe provoca a depositação maciça de objetos persecutórios por parte do paciente, este descobre a resistência do terapeuta diante do depósito, surgindo nele a necessidade de buscar um substituto em um homem da rua em quem seja possivel depositar seus objetos internos bons ou perseguidores. Podemos dizer que a liberação do analista depositário da ansiedade do paciente é alcançada quando o terapeuta devolve esse conteúdo ao paciente por intermédio das interpretações, esclarecendo a situação permanentemente. A atitude esclarecedora do psicanalista reside no fato de que esclarece os conteúdos latentes do vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta, em que o trânsito de coisas boas e más é permanente até que, em um dado momento, o paciente diferencia suas próprias coisas boas e más das coisas boas e más do analista, chegando a descobrir, finalmente, como são na realidade o analista e ele. O paciente está dividido, assiste como espectador e ao mesmo tempo é ator. Em termos de papéis, podemos expressar que o *insight* é determinado pela to-

mada de consciência desse duplo jogo de papéis, o que está assumindo e o que está adjudicando ao outro. Essa divisão funciona nele de uma maneira irracional e inconsciente. É aquilo que se observa com toda clareza nos pacientes psicóticos, que na medida em que vão melhorando, reduzem progressivamente a divisão de seu eu ou *self* até que chega um momento em que o eu do paciente se integra e ele começa a representar um único papel em cada momento. Na posição esquizóide, observa-se como o paciente representa dois papéis simultaneamente; fala-se, então, em bivalência, na medida em que existem dois objetos. Pelo contrário, na posição depressiva, o paciente, embora se encontre diante de um só objeto, tem uma relação ambivalente. À medida que o paciente se aproxima da normalidade, vai integrando sua personalidade e desempenhando um só papel em cada situação e momento particular, embora possa desempenhar vários papéis em diversas situações. Uma pessoa normal é, portanto, aquela que mantém um determinado papel em uma determinada situação e não está dividida, repelindo por um lado e assumindo por outro.

A teoria da comunicação nos oferece a vantagem de não nos obrigar a julgar se uma conduta é boa ou má: sempre observamos simplesmente qual é a finalidade da comunicação, conscientes de que aquilo que o paciente está fazendo é a única coisa que ele pode fazer nesse momento e nessa situação particular. Sempre temos a hipótese de que um paciente tenta se comunicar de algum modo. Isso é o que modifica totalmente nossa concepção, por exemplo, do esquizofrênico autista. Antes pensava-se que o esquizofrênico fazia esforços enormes para não se comunicar; contudo, de acordo com a teoria da comunicação, pode-

mos afirmar que o esquizofrênico autista sempre está se esforçando para se comunicar. O paciente não pode se comunicar diretamente por causa da grande ansiedade que experimenta, razão pela qual distorce o processo de comunicação, mas isso não significa que sua finalidade última não seja a de tentar se comunicar com o outro. Se o esquizofrênico se comunicasse diretamente, experimentaria uma ansiedade tão forte, que não a poderia tolerar. Nesses termos, podemos compreender que a loucura é a distorção da comunicação com o propósito de se comunicar, apesar de todas as dificuldades que o doente experimenta, já que a comunicação direta é vivida com o perigo de sua interrupção. O paciente teme que não seja aceito em uma situação de comunicação direta, ou que se rompa a comunicação, ou atacar e destruir o objeto e, em conseqüência, perdê-lo e interromper a relação com ele. O esquizofrênico pode, então, iniciar teoricamente um longo relato, ou um longo monólogo, ou um diálogo incoerente, com a finalidade aparente de tomar distância. A salada de palavras aparece, geralmente, em situações de grande ansiedade. É uma defesa aguda que pode ficar crônica. Não é tão raro encontrar pacientes esquizofásicos que podem chegar a falar quase normalmente com outros pacientes menos esquizofrênicos ou não-esquizofrênicos mas sim psicóticos. Quer dizer que no grupo social do hospital o esquizofásico é esquizofásico principalmente com o psiquiatra, já que é capaz de empregar uma linguagem quase direta e quase normal com um paciente internado e psicótico. O distanciamento é, então, uma conduta defensiva, seja para evitar a frustração de perder a comunicação, seja pelo perigo de destruir o objeto e ficar desamparado, ou pelo temor de ser pego pelo objeto em uma situação paranóide e ser ele o destruído, etc.

12. Vínculo e terapia psicanalítica

O automatismo de repetição, que Freud denomina compulsão de repetição, pode ser entendido agora, no campo da aprendizagem, como a dificuldade para realizar um progresso no desenvolvimento do conhecimento, motivada por ansiedades especificas, tanto dentro como fora. Porque uma excessiva pressão de ansiedades claustrofóbicas em círculo fechado leva a um aparente salto no aprendizado, mas neste caso devemos pensar que é um salto cego para a frente, enquanto que o livre jogo da superação das ansiedades claustrofóbicas e agorafóbicas caracteriza o progresso real do aprendizado. Quer dizer que quando o aprendizado, em vez de saltar de uma situação a outra dialeticamente, se estanca em círculo fechado, o processo da aprendizagem se detém. A análise, então, deve centralizar-se nessa dificuldade, aquela que mantém a situação repetitiva do circulo vicioso, em que o sujeito deve se defrontar com as ansiedades claustrofóbicas paranóides e depressivas e com as ansiedades agorafóbicas experimentadas no espaço aberto, enfrentando outro tipo de ansiedades depressivas e paranóides. Quer dizer que, quando o

sujeito que se move dentro de um círculo vicioso com ansiedades claustrofóbicas salta para a frente, depara com as ansiedades agorafóbicas. Por isso, dizemos que para dar um passo à frente é necessário abandonar as relações objetais anteriores, romper um vínculo interno de tipo arcaico primitivo e ousar enfrentar o espaço aberto, agorafóbico, no qual o perseguidor está localizado. Todo estancamento é definitivamente uma situação repetitiva para controlar a ansiedade e um equilíbrio relativo entre a situação claustrofóbica do círculo vicioso e a situação agorafóbica do espaço de fora.

É necessário levar em conta que existe toda uma patologia da aprendizagem a ser considerada na pessoa que aprende ou que está em terapia psicanalítica com o propósito de curar sua neurose e aprender uma profissão. A aprendizagem sempre deve ser incluída no campo de trabalho, já que corre o perigo de ficar limitada, e, quando o paciente abandona sua terapia, configura-se uma nova situação repetitiva em círculo vicioso e se cria uma tal situação de monotonia e isolamento progressivo no processo de aprendizagem que este, ao permanecer encerrado em um círculo vicioso, acaba por se empobrecer e se limitar.

É importante estudar, em relação com a aprendizagem, a diferença que existe entre o paciente comum e aquele que está sendo submetido a uma análise terapêutica ou a uma análise didática. Podemos assinalar que é mais grave e angustiante para o sujeito que aprende quando a natureza do campo de aprendizagem e a natureza do ofício que o sujeito está aprendendo são coincidentes, como sucede no caso em que a profissão de psicanalista coincide com o campo de aprendizagem da terapia analítica. Isso se deve ao fato de que o aprendiz de psicanalista tem que se

dar conta de que toda interpretação no outro é sempre determinada por um conhecimento prévio de si mesmo, sendo tanto mais operacional a interpretação quanto mais espontaneamente o analista aceitar seu emergente interno para interpretar. A auto-análise do analista se organiza automaticamente com o trabalho da interpretação. Não é uma parte, não é uma construção intelectual no sentido de uma teoria aprendida, mas é o emergente que surgiu espontaneamente no analista e que deve ser aceito nesse momento como o vetor mais importante de interpretação. O trabalho analítico deve ser o mais espontâneo possível e a construção de hipóteses através desse tipo de fantasias constitui o trabalho fundamental do terapeuta. O trabalho analítico se realiza baseado na construção de fantasias sobre o acontecer psíquico do outro. O conhecimento psicológico baseia-se fundamentalmente no conhecimento por analogia; a descoberta da configuração do outro com base na analogia consigo mesmo aumenta a ansiedade. Se uma pessoa analisa um psicótico e o interpreta, e se interpreta, no momento da interpretação assimilou a situação psicótica com a sua própria e, para poder se colocar dentro do outro, teve que admitir ansiedades semelhantes nela mesma; caso contrário, sua experiência pessoal não poderá servir-lhe para o conhecimento do outro. Quer dizer que o analista deve admitir nele a presença de ansiedades psicóticas análogas às do paciente.

A angústia é um problema fundamental em psicanálise, e deve ser interpretada como um sinal de alarme. O homem vive duas classes de perigos: uma se vincula à perda de objetos de amor e está relacionada à libido, a outra se vincula à morte ou destruição do eu e está relacionada à agressão. Quando uma pessoa se analisa, expõe-se a rom-

per um círculo vicioso e a se defrontar com os dois tipos de ansiedades básicas. A ansiedade depressiva está relacionada com a perda de objetos infantis, fato que ocorre durante o processo de desenvolvimento da personalidade. O paciente tem que abandonar o peito da mãe, seu objeto primitivo, ou a mãe como um todo, no momento em que dá um passo à frente e se torna independente. A ansiedade está, então, ligada a uma perda do objeto de amor, e esta foi a primeira ansiedade descoberta por Freud. Por isso, quando nos encontramos ante a expressão de angústia, devemos pensar em qual é seu conteúdo fundamental: se a perda de um objeto amado ou o perigo de destruição do eu.

Podemos dizer que a atitude ideal do analista no processo de aprendizagem que empreende durante a terapia é dar uma mão ao paciente por meio da comunicação. O terapeuta observa, em cada momento, aquilo que está sucedendo dentro dele, na medida em que recebe as mensagens transmitidas pelo paciente; mas, além de lhe devolver essa informação, deve interpretar sua dificuldade para progredir, para evoluir. Esta última finalidade pode ser vivida pelo paciente como o desejo do analista de torná-lo adulto de uma vez por todas. Podem, então, surgir reações de cólera, de desgosto e fantasias de destruição do terapeuta, em conseqüência da sensação de que está sendo obrigado a se afastar dele, o que pode ser uma nova razão para experimentar uma angústia de tipo depressivo. O paciente pode experimentar, por um lado, amor pelo terapeuta, por sentir que este lhe está dando uma mão através da comunicação; mas, ao mesmo tempo, pode experimentar ódio pelo terapeuta, ao sentir que ele o está empurrando e largando para a frente ou para fora. Outro tipo de ansiedade que também ocorre no campo da aprendiza-

gem é a situação triangular que se cria durante a terapia, na qual o paciente se encontra com um personagem que deve enfrentar e com o qual deve se conectar e dialogar, objeto que em certas ocasiões pode ser o pai, a mãe, o marido, a esposa, etc., que se transformam no próprio objeto do conhecimento. Esse objeto tem de ser destruído, reconstruido e recriado em função de um trabalho de análise e de síntese resolvido dialeticamente em espiral, o que constitui o próprio objeto de conhecimento. O trabalho que o terapeuta realiza mediante a interpretação pode ser vivido em nosso inconsciente como quando, em criança(s), desarmávamos uma máquina ou quebrávamos um brinquedo e depois tínhamos que armá-lo; mas armá-lo de outro modo, com uma *Gestalt* diferente, embora com os mesmos elementos. Um bom analista é aquele que não busca em si mesmo a peça que falta, mas, sim, tenta resolver com aquilo que tem, por um caminho diferente, a situação do paciente. Quer dizer, deve armar uma nova *Gestalt* que resolva os problemas da aprendizagem.

Um dos fatores básicos da ansiedade do conhecimento é o temor psicológico de ficar fechado, o temor claustrofóbico, ou seja, o temor de ficar dentro do objeto de conhecimento sem poder sair dele. Se o paciente é um psicótico, essa é a ansiedade básica diante da aprendizagem, que o psiquiatra experimenta por temer ficar trancado dentro da loucura de seu paciente, contaminar-se com ela, fazer uma loucura a dois, já que na medida em que, quanto mais entende um psicótico mais se aproxima de sua própria ansiedade psicótica, sendo seu medo fundamental o de ficar misturado ou confundido com o outro. O processo de compreensão se baseia no da reintrojeção do objeto dentro do qual a pessoa se meteu previamente com a

finalidade de conhecê-lo. Podemos dizer que esse processo de reintrojeção em certas ocasiões chega a ser tão perigoso que o processo de conhecimento pode ficar paralisado quando se teme que tal objeto de conhecimento seja um perigo para o sujeito. Como mecanismo defensivo podem se produzir divisões no sujeito, com a finalidade de poder assimilar certo tipo de conhecimento sem que contamine ou prejudique o resto de sua personalidade; nesses casos dizemos que se aprende de memória. Isso é factível mediante o mecanismo de divisão ao qual o sujeito recorre, podendo guardar dessa maneira, dentro de uma parte de si mesmo e separada do resto de sua personalidade, certa quantidade de conhecimentos, sem correr o risco de que eles contaminem os restantes. Quer dizer que se produziu uma divisão esquizóide no terapeuta.

Ao analisar o problema da angústia, temos que o relacionar com os conceitos de tempo e espaço. A angústia depressiva está ligada principalmente ao tempo, ao tempo de espera para poder obter algo; por sua vez, a angústia paranóide é uma angústia predominantemente espacial, na medida em que está ligada sobretudo ao lugar em que está localizado o perseguidor, isto é, na área 1, 2 ou 3. Mas nas duas angústias estão presentes as duas dimensões, porque a angústia depressiva também está ligada ao espaço, na medida em que o objeto bom pode estar afastado do sujeito e lhe ser inacessível. A mesma coisa acontece com a angústia paranóide, pois a proximidade temporal do objeto perigoso pode aumentar a angústia persecutória. De modo que podemos dizer que existem alterações dos vínculos, tanto dos internos quanto dos externos, em relação ao tempo e ao espaço, mas sempre predominando uma ou outra das duas dimensões. Ou seja, a considera-

ção do vínculo deve ser feita sempre em um contexto quadridimensional.

O fenômeno da sugestão deve ser compreendido sobre a base de um processo de identificação introjetiva, na medida em que o paciente assimila aspectos do terapeuta, os quais utiliza para corrigir seu *pattern* de conduta de uma maneira cega, sem recorrer ao esclarecimento. Cumpre uma ordem emanada do analista (que ele introjeta e, em seguida, assimila), com quem dialoga e conversa, mas que no momento em que vai atuar deixa de ser uma heterossugestão para se transformar em uma auto-sugestão.

O psicanalista é, para o paciente, uma espécie de prancha de teste projetivo. Varia de acordo com a forma pela qual o paciente o encontra quando entra na sessão: vestido de uma maneira particular, barbeado ou não, etc. O primeiro emergente espontâneo que surge da sessão deve ser tomado na interpretação, e esse emergente pode ser tanto algo verbal como algo corporal, expressado pelo paciente através de seu corpo, de sua expressão ou de qualquer atitude expressa nesse momento. Tudo isso tem uma significação particular nesse contexto analítico. Essa posição de encontro é o que determina a abertura da sessão psicanalítica e configura muitos aspectos da *Gestalt*-sessão.

Em relação às características da interpretação, temos assinalado que a interpretação ideal é aquela que, partindo da análise da relação presente no aqui-agora comigo, se estende à análise das relações estabelecidas antes com outros personagens, para, finalmente, terminar em como será no futuro a relação do sujeito com outros objetos. Como sabemos, Freud trabalhou fundamentalmente na dimensão do passado, enquanto que a análise existencial o fez na dimensão do futuro, no projeto ou na fantasia cons-

ciente ou inconsciente que o sujeito tem de seu futuro. Tomas French e Franz Alexander consideraram de forma sistemática a análise do distúrbio da aprendizagem. Abordaram a neurose como uma dificuldade ou uma inibição da aprendizagem. Kurt Lewin, da escola gestáltica, exerceu uma grande influência no grupo da escola inglesa, sobretudo através de Richman, Stracher e Ezriel. Este último transformou a análise do aqui-agora em uma tarefa sistemática e imprimiu ao método um caráter cada vez mais a-histórico, ao considerar o material do aqui-agora em sua significação presente particular. A isso acrescenta a análise das dificuldades do aprendizado que o paciente repete na situação transferencial, as quais podem ser resolvidas através de sua relação com o terapeuta. O que mais interessa a nós, como psicanalistas dinâmicos, é saber de que modo o vínculo externo está configurado ou preconfigurado por uma relação histórica do vínculo interno. O que interessa fundamentalmente ao psicanalista é a análise das fantasias subjacentes ao material manifesto, ou seja, captar em cada momento o conteúdo subjacente ou a fantasia inconsciente que está atuando nessa estrutura incluída como uma determinada ideologia.

Durante todo o curso desenvolvemos uma hipótese fundamental: é necessário que o analista tenha consciência de que trabalha constantemente com um esquema referencial. Esse esquema tem um caráter instrumental e deve ser confrontado permanentemente no campo operacional, no qual tem que ser retificado ou ratificado.

Esse esquema referencial deve ser analisado como um todo, como uma *Gestalt* em função, que tem uma história pessoal em relação aos conhecimentos e fantasias, que influenciam sobre a maneira de interpretar do terapeuta

A todo momento deve-se analisar a fantasia que o analista tem do ato de analisar. Em geral, podemos dizer que muitos analistas trabalham sem ter uma teoria clara da doença e da cura, o que determina que recolham os indícios sem um esquema referencial definido, criando uma mescla de esquemas referenciais, muitos deles provenientes de Freud, Klein, Sullivan, Horney, Rank, Adler, etc., sem que estejam integrados nem dinâmica nem historicamente. É fundamental incitar a análise das cosmovisões como tentativas de criar uma mente analítica, ou melhor, com um mínimo de mente analítica capaz de trabalhar com um denominador comum aceitável para os outros. Podemos dizer que muitos dos defeitos do trabalho psicanalítico têm raízes no fato de o analista não ter em mente uma teoria coerente da psicanálise que funcione como um todo. Devemos criar um enquadramento analítico da investigação. Podemos afirmar que o denominador comum consiste em considerar o material sob dois aspectos: uma superestrutura ou conteúdo manifesto e uma infra-estrutura ou conteúdo latente. Devemos analisar a ação e a interação de uma pessoa sobre outra e a existência fenomenológica de uma infra-estrutura e de uma superestrutura. O conteúdo latente e o conteúdo manifesto são duas capas que atuam uma sobre a outra criando uma forma, um esquema referencial geral e básico como ponto de partida. Precisamos repensar a psicanálise e situá-la de novo historicamente no aqui-agora. Temos de tentar estudar todo o processo analítico como o desenvolvimento de uma série de espirais nas quais se elaboram determinadas complicações que, uma vez resolvidas, determinam uma diminuição da angústia, uma comunicação mais franca e direta, um progresso na aprendizagem e uma melhor adaptação à realidade.